# ESSAI

N° 91.

SUR

# LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

QUI SURVIENNENT PENDANT LA GROSSESSE, PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT;

## THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 30 avril 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR E. LAROCHE, d'Angers,

Département de Maine-et-Loire.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1827.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

## *Professeurs.*

| M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen. | Messieurs |
|---|---|
| Anatomie | CRUVEILHIER, *Examinateur.* |
| Physiologie | DUMÉRIL. |
| Chimie médicale | ORFILA. |
| Physique médicale | PELLETAN fils. |
| Histoire naturelle médicale | CLARION. |
| Pharmacologie | GUILBERT. |
| Hygiène | BERTIN. |
| Pathologie chirurgicale | MARJOLIN. ROUX. |
| Pathologie médicale | FIZEAU, *Suppléant.* FOUQUIER. |
| Opérations et appareils | RICHERAND. |
| Thérapeutique et matière médicale | ALIBERT, *Examinateur.* |
| Médecine légale | ADELON. |
| Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés | DÉSORMEAUX, *Président.* |
| Clinique médicale | CAYOL, *Examinateur.* CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER. |
| Clinique chirurgicale | BOUGON. BOYER. DUPUYTREN. |
| Clinique d'accouchemens | DENEUX. |

## *Professeurs honoraires.*

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

## *Agrégés en exercice.*

| Messieurs | Messieurs |
|---|---|
| Andral. | Gerdy. |
| Arvers. | Gibert. |
| Baudeloque. | Kergaradec. |
| Bouvier. | Lisfranc. |
| Breschet. | Maisonabe. |
| Cloquet (Hippolyte). | Parent du Chatelet, *Suppléant.* |
| Cloquet (Jules). | Pavet de Courteille. |
| Devergie, *Examinateur.* | Ratheau. |
| Dubois, *Examinateur.* | Richard. |
| Dance. | Rochoux. |
| Gaultier de Claubry. | Rullier. |
| Gérardin. | Velpeau. |

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR

# DES PÈRES.

A LA PLUS TENDRE

# DES MÈRES.

*Témoignage de respect, d'amour et de reconnaissance.*

E. LAROCHE

# INTRODUCTION.

De tous les accidens, malheureusement trop nombreux, qui peuvent survenir pendant la grossesse, pendant et après l'acouchement, on convient généralement qu'il n'en est point de plus commun et de plus redoutable tout à la fois que l'hémorrhagie utérine.

C'est ce motif qui m'a engagé à en faire le sujet de ma dissertation. Il me paraît naturel, en effet, de désirer connaître d'une manière spéciale un accident que l'on a souvent occasion de rencontrer dans la pratique, qui expose toujours à quelques dangers la vie de la mère ou celle de l'enfant ; enfin dont la gravité est telle, qu'il pourrait même faire périr ensemble ces deux individus, si l'art ne venait promptement à leur secours.

Définir l'hémorrhagie utérine, la considérer suivant qu'elle se manifeste pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement, en étudier les symptômes, les signes, le prognostic et les moyens de traitement qu'on peut lui opposer, tel est le but que je me suis proposé.

Heureux si ce travail peut prouver à mes juges que j'ai profité de leurs savantes leçons, et me fournir le moyen d'être utile à cette intéressante moitié de la société, qui fait le charme de notre existence, et qui, par sa faiblesse et les maux sans nombre auxquels elle est sujette, doit mériter toute notre sollicitude!

# ESSAI

SUR

# LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

## QUI SURVIENNENT PENDANT LA GROSSESSE, PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

### *Considérations générales.*

L'utérus exerce une telle influence sur l'économie en général, que dès les temps les plus reculés elle avait été reconnue et signalée. *Hippocrate* croyait voir la femme toute entière dans l'utérus ; *Van-Helmont* exprime la même idée quand il dit : *Propter solum uterum, mulier est, id quod est (ignota actio regiminis)*. Si nous consultons les écrits des auteurs plus modernes, nous voyons la même idée reproduite, développée ou plus ou moins modifiée. Notre but n'est point ici de suivre chacun de ces auteurs dans tous les développemens qu'ils apportent à l'appui de leur opinion; nous ne voulons que rappeler en peu de mots les principales époques de la vie où cette influence est plus marquée, et les principaux phénomènes par lesquels l'utérus acquiert cette sorte de suprématie sur tous les autres organes.

Trois époques, sous ce rapport, doivent, ce me semble, fixer principalement l'attention du médecin ; je veux parler de l'établissement des règles, de leur cessation et du temps de la gestation.

Si nous considérons, en effet, la femme à sa naissance, nous ne voyons alors rien de remarquable du côté de l'utérus. Cet organe paraît comme plongé dans une complète inaction. Il prend part comme tous les autres aux progrès de l'accroissement de l'individu ; mais rien encore ne peut nous révéler l'influence qu'il exercera plus tard sur l'organisation entière de la femme. Ce n'est vraiment qu'à la puberté, époque, comme on le sait, très-variable suivant le climat, le genre de vie et les individus, que l'on voit survenir de grands changemens dans l'utérus, et, par suite, dans les habitudes physiques et morales de la femme.

Aux symptômes de pléthore générale que l'on remarque alors, se joignent ordinairement ceux d'une pléthore plus marquée vers les organes génitaux. Ceux-ci reçoivent, comme on l'a dit, un surcroît de vie ; un mouvement fluxionnaire s'établit vers l'utérus ; le sang y abonde, ses dimensions s'agrandissent ; et, sans qu'on en connaisse bien la cause, on observe que ce travail particulier, cet effort hémorrhagique est bientôt suivi de l'apparition du flux menstruel. Cet écoulement sanguin, le plus saillant des phénomènes de la menstruation, ne se fait pas toujours sans trouble ; souvent, au contraire, la difficulté qu'il a à s'établir est la cause de désordres très-marqués dans toute l'économie. Chez quelques femmes, ce sont des congestions vers la tête que l'on observe ; chez d'autres, ces congestions ont lieu vers la poitrine ou l'abdomen ; de là les vertiges, les éblouissemens, les bouffées de chaleur au visage, les suffocations, les défaillances, les palpitations, les hémorrhagies supplémentaires, les phlegmasies de tous les viscères, le pica, la leucorrhée, etc., etc. On sait que de la régularité de ce flux périodique dépend la santé de la femme. Si, comme nous venons de le dire, la suppression de cet écoulement est une source féconde en désordres, l'excès dans la quantité de cette évacuation ne produit pas de moins graves inconvéniens.

Dans ce cas, en effet, outre l'état de langueur, d'épuisement et de susceptibilité nerveuse qu'entraîne toujours à sa suite une hémorrhagie abondante, on a encore à craindre ici une altération organique de l'utérus ; car, bien que l'expérience apprenne que dans quelques cas ces hémorrhagies peuvent être l'effet d'une simple exhalation, plus souvent elle fait voir qu'elles ne sont qu'un symptôme de maladies plus fâcheuses.

A l'époque de la disparition naturelle des menstrues, on observe des résultats analogues. Il semble qu'avant que la nature retire à l'utérus son influence sur l'économie il se fasse un dernier effort, une dernière crise vers cet organe. C'est au moins ce que l'on a observé, et ce que l'on a voulu désigner par cette expression de *temps critique* ou *de retour d'âge*. Annoncée ordinairement plusieurs années à l'avance par quelques troubles dans les fonctions, quelquefois cette cessation du flux menstruel s'opère par une diminution progressive dans la quantité de sang évacué à chaque époque ; plus souvent, au contraire, elle est précédée d'une augmentation dans cette quantité, et même par de véritables pertes. Remarquons qu'à cette époque de la vie elles sont plus redoutables encore que lors de l'établissement de la menstruation.

C'est surtout pendant la grossesse que les relations sympathiques de la matrice avec les autres organes sont plus nombreuses et plus évidentes. Ce centre d'action, dont l'organe de la génération devient le siége dès qu'une femme a conçu, cette concentration des forces vitales vers cet organe, l'afflux considérable de sang qui s'y porte, le volume énorme que la matrice acquiert en un si court espace de temps, en rendent assez raison pour que nous soyons dispensés d'entrer dans des détails qui nous entraîneraient trop loin.

Après avoir ainsi jeté un coup-d'œil rapide sur les principaux changemens que subit l'utérus, nous ne devrons plus être surpris que les hémorrhagies, accident auquel les femmes sont exposées pendant toute leur vie, soient pourtant plus fréquentes aux époques que nous venons d'indiquer. Elles devront l'être surtout beaucoup plus pendant

la grossesse, époque où l'irritation vers la matrice est plus forte et plus durable : c'est effectivement aussi ce que l'expérience démontre.

Pour rendre complète l'histoire des hémorrhagies utérines, il faudrait donc, comme on voit, les étudier d'abord suivant qu'elles se déclarent pendant l'état de vacuité de l'utérus, et aux divers âges de la vie où elle est plus fréquente, puis enfin pendant que cet organe est rempli par le produit de la conception. Les limites que nous nous sommes prescrites nous décident à nous occuper seulement de la métrorrhagie pendant la grossesse.

*Définition.* On donne le nom d'*hémorrhagie utérine*, de *métrorrhagie* ou de *perte* à tout flux de sang fourni par les vaisseaux de la matrice, du placenta ou du cordon ombilical, plus considérable que le flux menstruel, ou qui survient hors le temps destiné à cet écoulement périodique, soit que ce liquide sorte par le vagin, soit qu'il s'amasse dans l'utérus ou qu'il s'épanche dans l'abdomen.

Quelle que soit la source, quel que soit le moment de l'apparition de ces hémorrhagies, tous les auteurs s'accordent à les distinguer en *externes* ou *apparentes*, et en *internes* ou *cachées*, suivant que le sang jaillit au dehors ou qu'il s'accumule dans l'intérieur de la matrice. C'est aussi ce que nous allons faire en les considérant successivement selon qu'elles se manifestent pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement.

### 1°. *Hémorrhagies pendant la grossesse.*

*Causes prédisposantes.* La pléthore sanguine, une constitution forte et vigoureuse dans le plus grand nombre des cas; un état de débilité générale, une constitution faible et délicate dans d'autres, enfin un état de sensibilité et d'irritabilité extrêmes, paraissent être les trois conditions sous l'influence desquelles on les voit le plus souvent se manifester. De là la division de l'hémorrhagie en *active*, *passive* et *spasmodique*, admise par les auteurs.

Les pertes utérines peuvent survenir à toutes les époques de la grossesse ; cependant c'est dans les trois premiers mois ou vers la fin de la gestation qu'on les observe le plus ordinairement : elles sont plus fréquentes à la vérité dans les climats chauds, mais on remarque aussi qu'un froid très-vif peut les déterminer. La constitution régnante paraît même exercer une certaine influence sur leur apparition, c'est du moins ce que nous apprend *Stoll,* quand il nous dit (*ratio méd.*) qu'en avril 1778 les hémorrhagies utérines et les avortemens furent plus fréquens que de coutume.

Une chaleur artificielle qui agit sur l'utérus, comme l'usage des chauffrettes, l'immersion dans un bain à une température trop élevée, les pédiluves, le séjour prolongé dans un appartement très-chaud, l'habitude de porter des vêtemens trop serrés, l'usage d'alimens trop abondans et trop substantiels, joint au défaut d'exercice; l'abus des liqueurs alchooliques, des substances aromatiques et excitantes, une maladie quelconque de l'estomac ou des intestins; le développement excessif des parois de la matrice, la faiblesse de leur ressort, telles sont les causes regardées comme prédisposantes des hémorrhagies utérines tant internes qu'externes.

*Causes occasionnelles* : Au nombre de celles-ci on doit surtout ranger, l'usages des médicamens irritans, des vomitifs, des purgatifs drastiques donnés à contre-temps; l'emploi de certaines substances qui ont une influence spéciale sur l'exhalation sanguine de l'utérus; la toux, le vomissement, la constipation, le ténesme, la rétention d'urine, l'exercice forcé à pied ou à cheval, les voyages dans une voiture non ou mal suspendue, le coït trop souvent répété; une vive émotion, les cris, la colère, la frayeur; les coups portés sur la région hypogastrique; les plaies pénétrantes dans l'abdomen et dans l'utérus; les chutes sur les pieds, les genoux, les fesses, d'un endroit plus ou moins élevé; la danse, le saut; les efforts violens pour soulever des fardeaux pesans, enfin tout ce qui peut par une cause quelconque provoquer l'avortement, en détruisant en partie ou en totalité l'adhérence du placenta

à la surface interne de l'utérus; le peu de longueur du cordon ombilical, son entortillement; la rupture plus ou moins complète de ses vaisseaux ou bien la transudation sanguine à travers les mailles de leurs tuniques, devenues variqueuses. (*Levret* Acc. labor. observ. 35, page 199, 4e édit.); *De la Motte*, Observ. 249, nouv. édit., tom. 2, page 725); l'implantation du placenta sur l'orifice de la matrice, enfin la suspension momentanée de la contractilité de l'utérus ou l'inertie.

Il n'y a pas long-temps encore que les auteurs s'accordaient généralement à regarder comme cause très-fréquente et immédiate de l'hémorrhagie utérine, le décollement mécanique ou instantané du placenta à la suite d'une violence quelconque imprimée à l'utérus. Mais depuis que MM. *Désormeaux* et *Dugès* ont attiré l'attention des médecins sur le mécanisme de la production de ces sortes d'hémorrhagies, et démontré, à l'aide du raisonnement appuyé sur des faits bien observés, que, dans la plupart des cas de ce genre, ce décollement du placenta n'est que consécutif aux causes qui déterminent les hémorrhagies en général, nous pensons avec eux que l'on doit regarder comme beaucoup plus rares qu'on ne l'avait fait jusqu'alors les causes capables de produire ce décollement subit du placenta; cependant nous ne pourrons nous empêcher d'admettre que la séparation de ce corps spongieux d'avec la paroi interne de l'utérus ne puisse être quelquefois primitive, c'est-à-dire l'effet immédiat d'une chute ou d'un coup porté sur l'hypogastre, surtout quand cette cause agira à une époque où le placenta a déjà acquis un volume assez considérable. Nous l'admettrons encore comme possible, lorsque le cordon ombilical se trouvant naturellement ou accidentellement trop court, des tiraillemens auront pu être exercés sur le placenta.

*Signes et symptômes de l'hémorrhagie utérine.* Ces signes diffèrent un peu suivant que l'hémorrhagie est externe ou interne.

*Signes de l'hémorrhagie externe.* Les signes de la perte externe ne sont pas difficiles à reconnaître, l'écoulement sanguin qui se fait par

la vulve indique assez la nature de la maladie. Il n'en est pas toujours de même pour la perte interne, qui, lorsqu'elle n'est pas trop considérable, peut quelquefois être méconnue de l'accoucheur. En général, chez les femmes d'une bonne constitution, l'hémorrhagie utérine, soit interne, soit externe, est précédée, accompagnée ou suivie de rougeur au visage, de chaleur et de pesanteur de tête, quelquefois même d'une douleur très-vive et fixe à l'occiput, d'anxiétés, de nausées, de vomissemens. Le pouls s'accélère; les femmes éprouvent un sentiment de pesanteur dans la matrice, des tiraillemens dans les aines, une douleur gravative dans la région lombaire et sur le sacrum; très-souvent les mamelles sont douloureuses, plus fermes, et augmentent de volume; il y a un prurit incommode aux parties génitales.

On reconnaît la perte externe, comme je viens de le dire, à un écoulement sanguin plus ou moins considérable qui se fait par la vulve. Le sang ne sort point par bonds ni par jets, son écoulement est plus ou moins rapide, mais toujours en nappe, quand il est à l'état fluide. Quelquefois il s'est coagulé avant d'être expulsé de la matrice, et sort alors sous la forme d'un caillot plus ou moins noirâtre. Rien n'est fixe, rien n'est précis dans l'apparition comme dans la durée de ces pertes; elles cessent quelquefois pendant plusieurs heures, d'autres fois pendant plusieurs jours pour reparaître ensuite. Le retour de l'hémorrhagie est presque toujours précédée de l'expulsion de caillots. Cette expulsion est d'autant plus douloureuse que la résistance qu'oppose le col de la matrice est plus forte. Lorsque l'écoulement sanguin est abondant, et qu'il dure déjà depuis quelque temps, la femme ne tarde point à perdre ses forces et son énergie; elle pâlit, ses traits s'altèrent; son pouls devient petit, inégal; ses yeux se couvrent de nuages, elle ne voit plus, n'entend plus; elle éprouve des syncopes, et finirait même par périr si la nature ou l'art ne venaient promptement à son secours.

Nous avons dit plus haut, en énumérant les causes occasionnelles des hémorrhagies, que des plaies pouvaient intéresser la matrice pendant la grossesse. On conçoit que, dans ces cas, le diagnostic sera fa-

cile, et que la gravité du danger sera toujours en raison du développement de cet organe et de l'étendue de la lésion. L'avortement est l'effet ordinaire de ces blessures. Heureuses encore les femmes chez lesquelles elles ne déterminent pas en outre un épanchement sanguin dans l'abdomen, et par suite une péritonite mortelle.

L'hémorrhagie qui reconnaît pour cause l'implantation du placenta sur l'orifice de la matrice ne s'observe guère avant le sixième mois de la gestation, plus ordinairement du septième au huitième, quelquefois seulement aux approches du terme de l'accouchement. Il est aisé de concevoir qu'ici la perte est la conséquence nécessaire du développement de l'utérus, et qu'elle ne cessera de se renouveler à des époques plus ou moins rapprochées, jusqu'à ce que le produit de la conception soit expulsé de cet organe. Cette espèce d'hémorrhagie a cela de particulier, qu'elle n'est point annoncée par les phénomènes précurseurs dont nous avons parlé plus haut; c'est tout à coup qu'on la voit apparaître. Légère et de courte durée quand elle commence de bonne heure, on peut aisément l'arrêter par les remèdes ordinaires; mais elle ne tarde pas à reparaître, et plus le terme de la gestation approche, plus les récidives sont fréquentes, plus les pertes sont abondantes. Le sang qui s'écoule est liquide, chaque contraction utérine active sa sortie ; signe bien important à noter, puisque c'est lui qui nous sert à différencier cette espèce d'hémorrhagie de celle qui résulte du décollement du placenta implanté sur un tout autre point de la surface interne de la matrice. On remarque, en effet, dans ce dernier cas, que le sang coule plus abondamment quand les douleurs de l'enfantement sont suspendues, et qu'il cesse de couler dès que la femme est prise de nouvelles douleurs.

Lorsqu'on vient à pratiquer le toucher dans le cas d'insertion du placenta sur l'orifice de la matrice, dit *Baudelocque* ( Art des acc., § 978.) « Au lieu de membranes très-lisses, comme dans l'état ordinaire, on trouve sur l'orifice de la matrice une substance molle et fongeuse. Tout autre signe est incertain, et on ne peut plus équivoque. » Ce signe est assurément très-bon quand l'orifice de l'utérus se

trouve assez dilaté pour permettre l'introduction du doigt; mais, dans le cas contraire, lorsque, par exemple, cette hémorrhagie se déclare dès le sixième mois, et que le col de l'utérus est dur et presque fermé, qui ne juge de suite qu'il ne peut être d'aucune valeur pour le diagnostic, et que le retour successif, irrégulier et sans sause appréciable de l'hémorrhagie sera le seul qui puisse éclairer l'accoucheur? N'oublions pas toutefois ici de faire remarquer que lorsque, dans cette circonstance, on vient à explorer l'utérus par le toucher, il est une précaution que l'on ne doit jamais omettre de prendre, c'est de n'introduire le doigt qu'avec les plus grands ménagemens, parce que cette manœuvre peut devenir nuisible, le doigt étant capable de détacher le caillot salutaire qui s'oppose à l'écoulement du sang ou qui le modère, au moins. On concevra aisément qu'il vaudrait mieux même s'abstenir d'une semblable recherche, si la perte était peu abondante ou si le sang était momentanément arrêté.

*Signes de l'hémorrhagie interne ou cachée.* L'hémorrhagie interne ou cachée, bien moins facile à reconnaître que la précédente, peut avoir lieu comme elle pendant la grossesse; elle peut avoir lieu pendant l'accouchement ou après que celui-ci est terminé.

Lorsque l'épanchement sanguin se fait à l'intérieur de la matrice, son siége n'est pas toujours le même. En effet, tantôt cette accumulation se fait entre le placenta et la matrice, tantôt entre les parois de ce viscère et les membranes de l'œuf, d'autres fois enfin dans l'intérieur même de ces membranes. Dans le premier cas, cela dépend de ce que le placenta, détaché dans son centre, adhère encore par sa circonférence à l'utérus. Pour expliquer le second, des auteurs ont admis, sans preuves il est vrai, la formation d'adhérences contre-nature entre les membranes et ce viscère. Mais n'est-il pas plus probable, plus admissible, de faire dépendre le siége de cet épanchement interne de l'occlusion par une cause telle quelle de l'orifice de l'utérus? Dans le troisième cas enfin, deux causes peuvent y donner lieu; la lésion des vaisseaux qui se ramifient à la surface fœtale du placenta, ou bien,

comme l'ont observé *de la Motte*, *Levret* et *Baudelocque*, une altération quelconque du cordon ombilical.

Pendant la grossesse, l'orifice utérin peut être assez complètement fermé pour que le sang épanché à l'intérieur ne puisse s'écouler au dehors. Un caillot, l'insertion vicieuse du placenta pourraient encore produire le même résultat. Pendant le travail de l'accouchement, on a vu quelquefois la perte interne dépendre de ce que l'orifice de la matrice se trouvait exactement bouché par la tête ou toute autre partie de l'enfant. Enfin, après que l'accouchement est terminé, outre l'occlusion de l'orifice de l'utérus, que le placenta décollé ou un caillot peuvent produire, on observe encore quelquefois qu'une contraction naturelle ou spasmodique du col de cet organe peut s'opposer à l'issue du sang au dehors.

Les signes de cette hémorrhagie interne diffèrent suivant que l'épanchement se forme graduellement ou tout à coup. Lorsqu'il s'opère lentement, il peut s'accumuler une très-grande quantité de sang dans l'utérus, sans que la santé de la femme en soit, pour ainsi dire, dérangée; mais si l'épanchement est subit et abondant, la plupart des femmes éprouvent d'abord un sentiment de douleur et de pesanteur dans le lieu même où il se forme, ensuite des coliques sourdes et profondes. La matrice se distend, devient plus dure, s'élève insensiblement, et acquiert bientôt un volume manifestement plus considérable que celui qu'elle avait avant. Les forces de la malade s'affaiblissent; elle pâlit, sa vue se trouble, ses facultés intellectuelles paraissent être anéanties; une sueur froide coule sur tout son corps; elle éprouve des tintemens, des sifflemens d'oreilles; et tandis que cet affaiblissement va toujours en augmentant, le pouls perd graduellement de sa force et de sa régularité; les lipothymies se déclarent, les convulsions surviennent, et la mort peut être la suite de ces accidens.

Il faut le dire, cependant, ces symptômes, tout effrayans qu'ils sont, peuvent ne pas toujours avoir une terminaison aussi funeste. Heureusement il est des cas où la malade conservant encore quelques forces, la matrice, provoquée par l'irritation que produit sur elle la

présence du caillot, entre en action, se contracte, et se débarrasse en même temps des caillots accumulés dans sa cavité et du produit de la conception. La syncope elle-même, cet accident que l'on redoute tant dans les hémorrhagies, y est souvent d'une très-grande utilité. On sait, en effet, que c'est le moyen dont se sert la nature dans les grandes pertes de sang pour arrêter l'écoulement trop rapide de ce liquide précieux, et soustraire ainsi à la mort des individus qui semblaient y être inévitablement voués.

Lorsque le placenta est décollé dans son centre, et qu'il adhère encore à la matrice par sa circonférence, on remarque bien, comme nous l'avons dit, une augmentation du volume de l'utérus, mais aussi on voit que le développement de cet organe a lieu d'une manière inégale ; le sang ne paraît qu'après la délivrance. L'expulsion du délivre est ordinairement suivie de plusieurs caillots et d'une plus ou moins grande quantité de sang fluide, qu'on a vu quelquefois se coaguler aussitôt après sa sortie de l'utérus (*Baudelocque*). L'aspect de ces caillots varie, tantôt ils sont comme recouverts de cette couenne inflammatoire que l'on voit se former sur le sang tiré d'une veine dans un cas de phlegmasie, tantôt ils sont de couleur noire plus ou moins foncée et très-consistans. Presque toujours la portion du placenta qui se trouvait décollée est recouverte d'une couche de sang dont la couleur varie suivant la durée du décollement, tantôt vermeille, tantôt noirâtre, d'autres fois couenneuse et hérissée d'une multitude de petits mamelons de la hauteur d'une ligne environ. *Baudelocque* a trouvé, dans un cas, une bande de sang coagulé, large d'un travers de doigt, s'étendant sur le chorion, en manière de ceinture, depuis le bord du placenta jusqu'au bord de l'orifice utérin. Si l'épanchement s'est fait dans la cavité des membranes, les eaux de l'amnios sortent sanguinolentes et mêlées de caillots, aussitôt après la rupture de cette poche. Le plus souvent la perte interne est suivie, quelques jours après, de l'accouchement; dans quelques cas, on ne l'a vue avoir lieu qu'après dix-huit ou vingt jours, et même plus tard. L'accouchement terminé, on s'assure que l'enfant est presque toujours mort, ce que

l'on explique très-bien par la privation du sang qui lui était destiné.

Avant de terminer tout ce que nous avions à dire du diagnostic de l'hémorrhagie utérine, nous ferons remarquer qu'il n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire de distinguer une perte de sang proprement dite, de l'écoulement menstruel. Cette incertitude naît de ce qu'une foule d'observations démontrent que quelquefois les règles peuvent se continuer pendant une partie ou même pendant tout le temps de la grossesse. De quels caractères pourrons-nous donc nous servir pour établir une différence entre ces deux flux sanguins? *Mauriceau* avait proposé, à cet effet, l'examen du col de l'utérus. Une simple réflexion suffira, je pense, pour montrer que c'est un moyen trop douteux pour qu'on puisse s'en rapporter exclusivement à lui. En effet, bien qu'il y ait le plus souvent, lorsque la perte est réelle, dilatation de l'orifice de l'utérus, n'est-il pas très-facile de concevoir que cet orifice puisse être resserré, presque fermé même, et cependant laisser couler le sang qui vient de la matrice, s'il est fluide; que, réciproquement, cet orifice puisse être ouvert si le sang menstruel, prenant sa source dans l'intérieur du même organe, sort sous la forme de caillot? C'est encore pour s'éclairer, en pareil cas, que l'on a recommandé l'examen des propriétés physiques ou chimiques du sang; mais, il faut le dire, ces propriétés ne peuvent point non plus fournir d'inductions rigoureuses. En effet, si le sang des règles a paru dans quelques cas contenir moins de fibrine que le sang d'une perte réelle, s'il a paru dépourvu de la propriété dont jouit celui-ci de se prendre en caillot, ne sait-on pas aussi qu'on a des exemples du contraire ? Enfin, nous pourrions faire une remarque à peu près semblable à l'égard des douleurs et de cet état d'éréthisme qu'on a dit accompagner toujours la véritable hémorrhagie, puisqu'on a vu des cas où rien de tout cela n'est arrivé. Néanmoins, comme ce n'est pas sur les cas rares qu'on se règle pour établir le diagnostic d'une maladie, nous dirons, avec M. *Gardien*, « que lorsque le flux se fait sans trouble, qu'il est modéré, qu'il vient dans la période ordinaire des règles, on peut le con-

sidérer comme l'écoulement menstruel; si, au contraire, le sang paraît subitement et en grande quantité à une époque insolite des règles; si l'écoulement est accompagné d'éréthisme général, s'il a été précédé d'une cause capable de décoller le placenta, c'est une véritable hémorrhagie. » Ce diagnostic sera bien moins douteux encore si l'on fait concourir au même but les signes dont nous avons parlé d'abord. Isolés, ces caractères ne sont, il est vrai, d'aucune valeur; réunis, au contraire, ils en acquièrent beaucoup.

*Prognostic de l'hémorrhagie utérine.* Il est susceptible de varier suivant un grand nombre de circonstances. Il différera, par exemple, suivant l'âge, la constitution du sujet, les causes qui y auront donné lieu. On peut dire cependant, d'une manière générale, que l'hémorrhagie utérine doit être regardée comme accident très-grave et souvent funeste au fœtus et à sa mère. Les auteurs regardent la perte latente comme plus dangereuse que la perte apparente; c'est sans doute parce que la première est plus difficile à reconnaître : toujours est-il que, quelle que soit sa nature, le danger est toujours en raison de l'époque à laquelle elle se déclare, de sa durée, et de la quantité de sang qui s'écoule dans un espace de temps donné. Elle est quelquefois si abondante et si rapide, que la femme en est comme foudroyée. *Mauriceau*, *Puzos*, et avec eux presque tous les accoucheurs, pensent que les hémorrhagies qui se manifestent dans les trois premiers mois de la gestation sont rarement mortelles, et que l'on vient souvent à bout de les arrêter, mais que celles qui arrivent dans les derniers mois peuvent faire périr la mère et l'enfant. *Alphonse Leroy* était d'une opinion tout opposée, sans doute parce qu'il ne considérait que la fréquence, la continuité de l'écoulement et la grande difficulté que l'on a souvent à cette époque à extraire le placenta; mais, comme l'observe très-bien M. *Gardien*, ces sortes de pertes, quoique plus fréquentes et plus rebelles, ne sont pas si fatales, lorsque la femme est secourue à propos, que celles qui surviennent à une époque plus avancée de la grossesse. Alors, en effet, le développement des vais-

seaux de la matrice étant plus considérable, il est évident qu'il doit s'écouler plus de sang dans un temps égal. En général, des pertes considérables, ou qui se sont répétées souvent, déterminent l'avortement et amènent chez la femme un état de faiblesse et de dépérissement qui la prédispose à l'hydropisie. Cependant cet effet n'est pas constant, et l'on trouve dans les auteurs des exemples de femmes qui ont eu, au quatrième et au cinquième mois de leur grossesse, et même plus tard, des pertes de sang qui ont duré plusieurs jours, et qui, malgré cela, sont accouchées naturellement et à terme d'enfans bien sains et bien portans.

*Traitement de l'hémorrhagie utérine.* Ce traitement sera différent suivant qu'il s'agira de prévenir l'apparition première ou le retour d'une hémorrhagie, ou bien qu'il s'agira de l'arrêter, celle-ci existant déjà. Dans le premier cas, c'est le traitement prophylactique qu'il faudra mettre en usage; dans le second, c'est au traitement curatif ou aux moyens connus pour faire cesser l'écoulement du sang qu'il faudra recourir. Examinons ces moyens : 1°. on préviendra l'hémorrhagie utérine qui survient pendant la grossesse, en s'opposant de bonne heure aux causes qui peuvent la déterminer. C'est ainsi qu'on recommandera à la femme, autant qu'il sera possible, de respirer un air pur, ni trop chaud, ni trop froid; de ne point porter de vêtemens trop serrés, de n'user qu'avec beaucoup de réserve des bains chauds, de ne pas surcharger son estomac d'alimens trop nourrissans ou irritans, d'éviter avec soin toute secousse ou tout choc trop violent, de se dispenser de tout travail qui nécessite quelques efforts ou quelque fatigue. Cependant un repos trop absolu serait plus nuisible qu'utile, et l'on doit engager la femme à prendre un exercice modéré. On veillera à ce que les excrétions se fassent naturellement avec facilité. Enfin, la femme devra calmer, modérer toutes ses passions, et éviter avec soin toutes les émotions vives de l'âme; car on sait qu'une grande frayeur, les transports de la colère ou d'une joie immodérée ont souvent été la cause de pertes et d'avortement.

Il arrive souvent que par suite des changemens que l'état de grossesse fait subir à la femme, celle-ci éprouve tous les symptômes d'une pléthore, soit générale, soit locale; que l'excitation continuelle à laquelle l'utérus est alors soumis y fait affluer le sang en si grande quantité, que ce liquide fait effort pour sortir de ses vaisseaux, et que, si l'on n'y remédie promptement, le décollement du placenta peut être l'effet de ce *raptus* hémorrhagique. La principale indication à remplir sera donc, comme on le voit, de rétablir l'équilibre, c'est-à-dire de recourir aux évacuations sanguines aussitôt que des symptômes de pléthore se déclareront; on obviera de cette manière à la production de l'hémorrhagie, et à l'avortement qui en est la conséquence la plus ordinaire. Bien que l'on se soit beaucoup élevé contre l'usage trop fréquent de la saignée pendant la grossesse, et qu'*Hippocrate* lui-même ait dit (aph. 31, sect. 5), *mulier in utero gerens, sanguine ex venâ misso, abortit, et præcipuè si fœtus sit grandior,* il n'est personne qui ne convienne aujourd'hui qu'elle est quelquefois d'un grand secours pour conduire la grossesse à son terme. Des femmes, en effet, qui n'avaient jamais porté le produit de la conception plus de trois à quatre mois, ont pu, à l'aide de l'administration bien entendue de ce moyen, accoucher heureusement, et à terme d'enfans bien portans. L'observation LIII^e^, rapportée par Rivière, *centuria prima*, en offre un exemple bien frappant; on en trouve également dans *Hoffmann* et *Smellie*. Dans ces derniers temps, M. *Dugès* (Revue méd., juil. 1824) vient d'apporter à l'appui de cette assertion plusieurs observations qui me semblent bien remplir leur but.

Est-il besoin d'ajouter que, quelque généraux que soient ces préceptes, ils varieront suivant la constitution de la femme, son état de santé ou de maladie, la nature même des alimens dont elle se sera nourrie. Telles pertes, en effet, qui chez des femmes fortes et robustes pourraient être prévenues par la diète et les débilitans, seraient au contraire entretenues par ces mêmes moyens chez des femmes affaiblies par la misère ou de longues maladies.

2°. Que l'hémorrhagie utérine soit apparente ou cachée, du mo-

ment qu'elle existe, les indications sont les mêmes. Il faut, si elle est modérée et qu'elle ne mette pas dans un pressant danger les jours de la mère, tout faire pour l'arrêter, ralentir la circulation, diminuer l'irritabilité de la matrice, enfin déterminer le resserrement des orifices des vaisseaux qui fournissent le sang. Pour cela, on placera la femme dans un appartement vaste et bien aéré, afin qu'on puisse, suivant le précepte d'*Hippocrate* et de *Moschion*, le rafraîchir plus facilement dans les saisons chaudes, en y entretenant des branches d'arbre fraîches, qu'on arrosera de temps en temps : cet appartement devra être peu éclairé, et surtout éloigné de toute espèce de bruit. La malade sera couchée sur un matelas de crin plutôt que sur un lit de plumes, dans une position horizontale, de manière cependant que le bassin soit un peu plus élevé que le tronc, les cuisses et les jambes légèrement fléchies, la tête soutenue par un oreiller. On aura soin de ne pas trop la couvrir, et d'éloigner d'elle tout ce qui pourrait l'irriter, et ainsi accélérer la circulation. On la rassurera sur son état ; on lui recommandera le silence le plus absolu, la plus grande tranquillité d'esprit et de corps, enfin d'éviter jusqu'aux moindres efforts pour uriner ou aller à la garde-robe. On facilite ces excrétions, soit à l'aide de la sonde, soit par des lavemens ou de doux laxatifs. On prescrit une diète sévère, des boissons délayantes et rafraîchissantes, telles que l'eau d'orge ou de riz acidulée, soit avec les sirops de limon, de vinaigre ou de groseilles, soit avec le suc de citron ou d'orange ; la saignée, si la femme est pléthorique ; les astringens et un régime fortifiant, si au contraire la femme est d'une constitution délicate et détériorée par des maladies antécédentes ; enfin les antispasmodiques et les bains pour celles qui sont trop irritables. On applique sur l'hypogastre, les cuisses et les parties génitales des compresses imbibées d'eau froide ou de vinaigre, qu'on renouvelle souvent ; on exerce sur le ventre quelques légères frictions. Quant à la glace pilée et aux ablutions d'eau froide sur tout le corps, elles ont été aussi quelquefois suivies de succès ; mais comme leur effet peut être tout opposé, qu'elles ont déterminé chez certaines femmes un état spasmodique

si terrible que les praticiens les plus exercés en ont quelquefois été effrayés au point de se reprocher déjà d'être la cause de la mort (*Lobstein*, Bullet. de la Soc. méd. d'émul., juin 1826); que de plus elles produisent presque toujours de trop fortes impressions sur le moral de l'individu, on devra être très-réservé sur leur emploi. Nous en dirons autant des injections astringentes conseillées par *Galien*, *Prosper Alpin*, *Pasta*, et, plus récemment, par *Kok*, de Bruxelles : outre qu'elles ne peuvent point le plus souvent parvenir dans l'utérus et agir directement sur l'orifice des vaisseaux, en le supposant possible, dans tous les cas elles pourraient avoir le grand inconvénient de déranger le caillot qui modérait l'hémorrhagie, d'augmenter le décollement du placenta, enfin, comme on l'a vu quelquefois, d'occasionner une inflammation de la matrice toujours très-grave et souvent mortelle; M. *Gardien* pense que ce n'est que dans les cas désespérés, et principalement après l'accouchement, que l'on peut recourir à ces deux moyens. *Galien* et *Moschion* ont encore recommandé les ligatures appliquées sur les membres abdominaux : mais que penser de ce moyen quand, entre les mains du docteur *Hamilton*, il a servi a rappeler des règles supprimées par le froid? *Hippocrate* appliquait dans les hémorrhagies utérines de larges ventouses sur les mamelles; *Hoffmann* conseille l'immersion des membres thoraciques dans l'eau chaude. Une simple limonade à la glace a suffi plusieurs fois. M. *Récamier* a obtenu de très-bons effets de l'application de l'eau bouillante ou de moxas sur la région lombaire. M. *Velpeau* m'a dit avoir réussi déjà plusieurs fois à arrêter des hémorrhagies utérines par l'application d'un large sinapisme entre les deux épaules, soit que ces pertes soient survenues pendant la grossesse ou même après l'accouchement. *Stoll*, *Finke* et autres médecins se sont servi avec avantage de l'ipécacuanha comme vomitif. *Denmann* employait avec succès le même médicament, mais à des doses plus petites et plus répétées, de manière à produire seulement un effet révulsif. *Steward Duncan* rapporte un grand nombre d'observations qui prouvent les bons effets qu'il a obtenus par l'opium dans les hémor-

rhagies qui surviennent pendant la grossesse et après l'accouchement. Beaucoup d'autres médecins ont également constaté l'efficacité de ce remède héroïque, soit qu'on l'emploie seul, soit qu'on l'unisse aux astringens. Parmi ces derniers, nous ne devons pas oublier de parler de la teinture de cannelle. Ce médicament, recommandé d'abord par *Van-Swieten*, qui l'administrait, à la dose d'une once dans six onces d'eau distillée de mélisse, contre le flux immodéré des lochies, serait, si l'on en croit quelques médecins allemands, le véritable spécifique des hémorrhagies utérines. Malheureusement les exemples du contraire ne sont pas rares, et si l'on cherchait la preuve de ce que j'avance, on la trouverait même dans quelques médecins de cette nation, qui non-seulement regardent cette teinture stimulante comme quelquefois insuffisante, mais encore comme pouvant être nuisible. Ce n'est pas toutefois que je veuille dire qu'il faille rejeter entièrement ce médicament; je sais que souvent il a été d'une utilité réelle; mais c'est au médecin à discerner les cas où il convient d'en faire usage, et il faut surtout qu'il n'accorde jamais à un remède quelconque plus de confiance qu'il n'en mérite. Dans ces derniers temps, les docteurs *Wedekin* et *Sauter* ont signalé la sabine comme un moyen précieux pour arrêter toute espèce d'hémorrhagies utérines caractérisées par un état de faiblesse ou d'atonie générale. Ils font prendre ce médicament en poudre, à la dose de quinze à vingt grains trois fois par jour, et cela avec le succès le plus soutenu, pendant trois et quatre mois. Ils disent être ainsi parvenus à faire cesser des pertes et à avoir empêché des fausses-couches chez des femmes qui en avaient déjà éprouvé plusieurs. Nous nous bornerons à dire ici que, quoique les exemples de succès rapportés par ces médecins soient déjà assez nombreux, ils n'ont point encore assez convaincu beaucoup d'accoucheurs pour qu'ils se décident à employer ce médicament.

Si aucun des moyens déjà cités ne réussit à suspendre ou à modérer la perte, que celle-ci soit considérable et le danger imminent, tout délai devient alors répréhensible; on ne doit plus s'occuper que des moyens de terminer l'accouchement, et cela de la manière la plus

sûre et la plus prompte. Il est si bien reconnu en effet aujourd'hui que le moyen le plus efficace pour faire cesser une perte, c'est de débarrasser la matrice de ce qu'elle contient, afin de lui laisser la liberté de revenir sur elle-même, que tout accoucheur qui ne se conformerait pas à ce précepte encourrait de justes reproches.

Suivant quelques auteurs, une sage-femme de Marie de Médicis, *Louise Bourgeois*, aurait été la première à donner ce précepte important; suivant d'autres, au contraire, elle n'aurait fait que s'attribuer la gloire de cette invention. Cette dernière opinion sera, je pense, la seule que l'on puisse avoir, si l'on consulte l'ouvrage de *Guillemeau*, son contemporain (De l'heur. acc., p. 226). On y voit, en effet, qu'il parle de cette méthode comme d'une chose vulgaire, et dit l'avoir vu mettre en pratique vingt-cinq ans auparavant par *A. Paré* et *Hubert*. Quoi qu'il en soit au reste, ce ne sera point, comme le conseillait cette sage-femme, ni comme le pratiquaient *Mauriceau*, *Deventer* et autres, qu'il faudra se conduire : extraire avec violence le fœtus hors de la matrice est une méthode trop féconde en résultats fâcheux; mais c'est en suivant pour guide les sages préceptes si bien développés par le célèbre *Puzos*. Cet accoucheur, qui avait observé attentivement la nature, et bien remarqué que presque toujours la cessation des pertes a lieu dès que les contractions expulsives de la matrice se succèdent avec rapidité, substitua au procédé si dangereux de l'extraction brusque et forcée de l'enfant hors de la matrice, l'ingénieuse méthode qui porte son nom. Beaucoup plus conforme à la nature, dont elle n'est qu'une heureuse imitation, elle tient, comme le dit son auteur, le milieu entre l'accouchement naturel et l'accouchement forcé. Elle consiste, cette méthode, à introduire un ou deux doigts dans l'orifice de l'utérus, à le dilater avec douceur d'une manière graduée et même interrompue de temps en temps par des repos. Par cette manœuvre, on fait naître des douleurs, on sollicite l'action de la matrice; les membranes se gonflent, on les déchire. Le vide qui résulte de l'écoulement des eaux suffit alors quelquefois

pour suspendre l'hémorrhagie, la matrice ayant acquis par ce procédé un surcroît d'énergie qui la détermine à revenir sur elle-même et à s'appliquer sur le corps du fœtus; mais d'autres fois le sang continue à couler après la rupture des membranes; il arrive même, dans certains cas, que la perte ne se déclare qu'après la rupture de celles-ci. Il faut alors dilater de plus en plus l'orifice, mais en se rappelant toujours qu'on doit se proposer pour modèle cette sage lenteur que met la nature dans l'accouchement naturel. On introduit la main dans la matrice, on fait la version de l'enfant, et l'on amène les pieds à la vulve. On s'arrête ici un instant pour donner le temps à la matrice de revenir sur elle-même; on tire ensuite jusqu'à ce que les hanches paraissent; enfin on confie le reste de l'expulsion aux seuls efforts de la nature. Ces différentes pauses ont pour but d'éviter que la matrice ne tombe dans l'inertie par suite de sa déplétion trop subite. Quand la tête est déjà engagée dans l'excavation du bassin, ou que les eaux se sont écoulées depuis long-temps, au lieu de retourner l'enfant on devra se servir du forceps.

Ce serait toujours de la sorte qu'il faudrait se conduire, si cette méthode rationnelle était applicable dans tous les cas : or, il n'en est pas ainsi. Au lieu de trouver le col de l'utérus aisément dilatable, comme nous venons de le supposer, il arrive quelquefois qu'on le rencontre épais, dur, squirrheux, et non susceptible de se laisser dilater par les doigts. Faudra-t-il, ainsi que le conseille *Rigby*, introduire une sonde dans l'utérus, et rompre la poche des eaux à l'aide de son extrémité? *Smellie* (Recueil 18, observ. 2e.) et M. *Boivin* approuvent ce procédé, qui leur a réussi. Mais, comme nous l'avons dit, l'effet de cette rupture des membranes n'est pas constant, et quelquefois même l'hémorrhagie ne survient qu'après. Cependant la perte peut être considérable, et les jours de la femme menacés. Que reste-t-il à faire? Forcera-t-on la dilatation? s'exposera-t-on ainsi à contondre, à déchirer le col de la matrice par les efforts que l'on sera obligé de faire, et à occasionner peut-être une inflammation de cet organe ou du péritoine, non moins grave que la perte elle-même?

Non assurément. L'accoucheur n'a plus qu'une ressource, et c'est l'application méthodique du tampon qui la lui fournit.

Ce moyen, dont *Hoffmann* et *Smellie* passent pour les inventeurs, tant préconisé par *Leroux*, de Dijon, qui le recommande dans toute espèce d'hémorrhagie utérine, ne doit cependant être employé qu'avec une grande réserve, et lorsqu'on a vainement essayé tous les autres moyens pour arrêter la perte. En effet, en empêchant le sang de s'écouler au-dehors, le tampon détermine son accumulation dans la cavité de l'utérus; ce sang distend ce viscère, l'irrite mécaniquement, met en jeu ses facultés contractiles, et l'avortement doit être le résultat ordinaire, sinon constant, de son emploi. A la vérité, on trouve dans *Kok*, de Bruxelles, une observation, et dans *Smellie*, une phrase qui semblent prouver qu'à l'aide de ce moyen on a pu quelquefois, non seulement arrêter des pertes, mais encore conserver la grossesse jusqu'à son terme ordinaire. Mais de tels exemples sont si rares, qu'il n'en reste pas moins démontré, pour tous ceux qui comparent ce résultat extraordinaire à celui qu'il est si commun d'obtenir, que, dans la très-grande majorité des cas, le tamponnement du vagin et du col de l'utérus est suivi de l'accouchement. Ce ne sera donc, comme on le voit, que lorsqu'on n'aura plus d'espoir de conserver la grossesse que l'on devra y recourir.

Ce cas étant bien précisé, voici de quelle manière on exerce le tamponnement : on prend des étoupes, de la charpie, ou des lambeaux de linge fin; on les imbibe de vinaigre pur, et on les introduit dans le vagin, partie par partie, en ayant soin de les porter successivement jusque sur l'orifice de la matrice, et de les maintenir à l'aide d'un bandage approprié. Ne pourrait-on pas substituer avec avantage à la charpie et à ces linges qu'il est quelquefois si difficile d'extraire, une petite vessie ou une portion d'intestin insufflée? La compression douce exercée par ces corps éminemment élastiques ne remplirait-elle pas le même but, sans avoir pour inconvénient la difficulté de l'extraction? En remplissant cette vessie d'un liquide astringent, ne pourrait-on pas retirer de ces médicamens les heureux effets

qu'ils ont quelquefois produits, sans en redouter les conséquences funestes? Si l'on n'avait en vue que de hâter la dilatation du col, ce serait d'un liquide émollient qu'on devrait remplir cette petite vessie.

Quoi qu'il en soit de cette modification que je propose dans la matière d'exercer le tamponnement, toujours est-il qu'il convient d'aider l'action de ce moyen, soit par des frictions sur le ventre, soit en y appliquant des serviettes très-chaudes, ou bien trempées dans de l'eau très-froide, dans du vinaigre, etc., enfin par tout ce qui peut solliciter la contraction de la matrice.

C'est surtout contre les hémorrhagies qui sont le résultat de l'implantation du placenta sur l'orifice de l'utérus que le tampon devient d'une ressource précieuse, puisqu'aucune autre ne peut ici la remplacer. Une simple réflexion sur la cause efficiente de cette hémorrhagie suffira pour faire voir que, dans ces cas malheureux, on ne doit rien attendre des moyens hémostatiques ordinaires, tels que la saignée, le repos, l'eau froide, etc., pas plus que de la méthode de *Puzos*. Celle-ci, en effet, n'aurait-elle pas pour but de rendre l'écoulement sanguin plus abondant, puisque la perte qui survient dans ces cas n'est que la conséquence naturelle du développement de l'organe.

Mais si l'on ne peut nier les avantages du tampon, quand le placenta se trouve implanté sur l'orifice de la matrice, le pourra-t-on davantage lorsqu'il s'agira de remédier à une perte survenant pendant les premiers mois de la gestation? Non assurément; car ce moyen est encore la seule ressource avouée par la pratique à laquelle on doive recourir. Si *de la Motte* fut assez heureux dans un cas de ce genre (Traité compl. des acc., observ. 243) pour pouvoir, à l'aide de son doigt, détacher l'œuf humain, l'extraire, et arrêter ainsi une hémorrhagie qui menaçait de faire périr la femme, ne sait-on pas qu'un tel exemple est excessivement rare, et peut-être le seul connu? ne sait-on pas qu'à une époque encore peu avancée de la grossesse, le col de l'utérus conserve toute sa longueur, toute sa dureté, et que ce serait

vainement qu'on s'efforcerait de pénétrer dans la cavité de la matrice pour en extraire le produit de la conception? D'ailleurs, en supposant même qu'il fût possible, à l'aide du doigt promené dans l'utérus, d'en détacher le produit de la conception, ne s'exposerait-on pas, par une semblable manœuvre, à déchirer les membranes, à faire écouler les eaux, et avec elles l'embryon, si petit à cette époque comparativement au placenta. Tous les accoucheurs savent de quelle importance est le précepte qui recommande d'éviter de rompre les membranes à une époque peu avancée de la grossesse. La méthode de *Puzos* est donc, comme on le voit, encore ici en défaut, et le tampon le seul moyen efficace et sans danger auquel on puisse recourir.

Mais, si l'utilité du tampon nous semble prouvée pour tous les cas d'hémorrhagie que nous venons successivement de passer en revue, nous devons ajouter qu'il ne suffit pas de l'appliquer, comme nous l'avons dit plus haut; il faut encore surveiller attentivement les effets qu'il produit. En général, on les appréciera, ces effets, par les douleurs expulsives qu'ordinairement il ne tarde pas à déterminer. Cependant il faut savoir que quelquefois la dilatation du col s'effectue sans que rien ne l'ait annoncée, pour qu'on ne le laisse pas plus de temps que cela n'est nécessaire. Il arrive aussi quelquefois que l'abondance de l'écoulement sanguin est telle, qu'il faille fréquemment réappliquer le tampon, de manière à proportionner toujours la grosseur du bouchon à l'ouverture progressive de la matrice. Cette vessie dont j'ai parlé pourrait encore dans ce cas, ce me semble, offrir un moyen commode, et d'une exécution facile pour remplir le but qu'on se propose, but qu'il est, suivant quelques auteurs, si difficile d'atteindre. Il ne suffirait effectivement que d'augmenter la compression extérieure pour qu'une compression méthodique fût aussitôt répartie sur tout le col de l'utérus.

L'effet ordinaire du tampon obtenu, l'orifice suffisamment dilaté, on termine l'accouchement le plus promptement possible, et de la manière que nous avons indiquée plus haut.

L'hystérotomie serait indiquée si le tampon n'avait produit aucun effet sur le col utérin squirrheux, et endurci par des maladies chroniques antérieures à la grossesse. Mieux vaudrait pratiquer cette opération, qui compte de nombreux succès, que d'opérer la dilatation du col par déchirement.

### 2°. *Hémorrhagies utérines pendant l'accouchement.*

Les hémorrhagies utérines, les plus graves et les plus fréquentes de toutes celles qu'on voit survenir pendant l'accouchement, ne sont pourtant pas les seules qui puissent compliquer ce travail ; celles qui ont lieu par la bouche, le nez, l'anus et même le vagin, lorsqu'elles ne tirent point leur source de l'utérus, peuvent aussi quelquefois devenir assez inquiétantes pour qu'on soit obligé de terminer promptement l'accouchement. Nous n'avons voulu que les indiquer ici; en faire une étude spéciale serait nous éloigner de notre sujet.

Ce que nous avons dit des causes éloignées des hémorrhagies utérines qui se déclarent pendant la grossesse pouvant très-bien s'appliquer à celles dont nous allons maintenant nous occuper, nous nous bornerons à indiquer leurs causes prochaines ou immédiates.

Les pertes utérines qui surviennent pendant le travail de l'accouchement peuvent être occasionnées, 1°. par le décollement du placenta d'avec la matrice; 2°. par l'insertion de ce corps spongieux sur le col de l'utérus; 3°. par la rupture plus ou moins complète du cordon ombilical; 4°. par la déchirure ou la rupture de la matrice.

1°. *Hémorrhagie due au décollement du placenta d'avec la matrice.* Il serait inutile, je pense, de nous arrêter long-temps sur les causes, les symptômes et les signes de cette hémorrhagie. Les détails dans lesquels nous sommes entrés relativement à celles qui dépendent de la même cause, mais qui surviennent pendant la grossesse, doivent nécessairement suffire pour celles dont il est maintenant question, puisqu'elles ne diffèrent entre elles que par le moment de leur apparition. Aussi

nous contenterons-nous de faire remarquer ici que le principal signe propre à faire soupçonner cette hémorrhagie, c'est qu'à l'instant où le décollement du placenta s'opère, la femme accuse une douleur sourde et profonde, accompagnée d'un sentiment de pesanteur dans le lieu même de l'épanchement. Ce caractère, en effet, nous servira à distinguer cette hémorrhagie d'une autre espèce, que nous étudierons plus tard. Quant au prognostic et au traitement, nous n'avons également rien de particulier à y ajouter. Le premier variera suivant la violence et la durée de l'écoulement sanguin; le second devra être conforme aux règles que nous avons établies plus haut en traitant des hémorrhagies abondantes qui surviennent à une époque avancée de la grossesse. Il faut le plus tôt possible débarrasser la matrice du produit de la conception, ainsi que des caillots de sang qu'elle peut contenir.

2°. *Hémorrhagie déterminée par l'insertion du placenta sur l'orifice de la matrice.* En signalant comme cause des hémorrhagies utérines pendant l'accouchement, l'insertion vicieuse du placenta sur le col de la matrice, nous ne prétendons point dire que cet accident soit exclusivement propre à l'accomplissement de cette fonction. Nous avons déjà dit, en effet, que le développement normal de l'utérus y donnait quelquefois lieu dès le sixième mois de la gestation; mais comme il arrive quelquefois que cette hémorrhagie ne survient qu'à l'instant même où le travail de l'accouchement commence, et que quand l'écoulement sanguin s'est déclaré plus tôt, les contractions expulsives de la matrice le rendant toujours plus abondant, nous nous croyons autorisé à en parler ici. Toutefois, nous éviterons de revenir sur les signes qui font reconnaître une perte qui tient aux causes dont nous parlons, les ayant déjà exposés page 14; nous nous contenterons d'y renvoyer pour ne pas faire de répétitions inutiles, et nous passerons de suite à l'examen du prognostic et aux indications thérapeutiques que présente cette hémorrhagie.

L'implantation du placenta sur l'orifice de la matrice, accident beaucoup moins rare que ne semblerait le faire croire le silence des anciens

auteurs à cet égard, fait toujours courir de grands dangers à la mère et à l'enfant. Si quelques exemples prouvent que, dans des cas de ce genre, des femmes ont pu accoucher naturellement et sans accident grave, ce sont des exceptions très-rares, et que l'on ne peut expliquer qu'en admettant, avec *Baudelocque*, que probablement, dans ces cas, le placenta ne recouvrant qu'une petite portion de l'orifice de l'utérus, cette masse avait pu s'en séparer et s'en éloigner assez d'un côté pour permettre aux membranes de se présenter à nu, celles-ci se déchirer spontanément, et l'accouchement s'opérer par les seuls efforts de la nature; mais, pour que cette heureuse terminaison arrive, il faut que la femme conserve encore des forces, il faut qu'elle ne soit pas encore tombée dans cet état d'épuisement si funeste et pourtant si commun après ces sortes d'hémorrhagies.

A l'égard du traitement qu'il convient d'employer dans ces cas d'insertion vicieuse du placenta, nous l'avons indiqué plus haut, et fait voir de quelle utilité était le tampon dans cette circonstance. C'est donc à son application méthodique qu'il faudra avoir recours, si toutefois la dilatation du col n'est point encore assez grande pour permettre l'introduction de la main. Si, au contraire, l'orifice de la matrice est très-dilaté, il faut se hâter de terminer l'accouchement; car il vaut toujours mieux opérer un peu trop tôt que d'attendre trop long-temps. L'opération, quoique prématurée, est sans danger, si elle est faite avec soin; au lieu que, trop différée, elle n'atteint pas le but que l'on se propose. M. *Capuron* cite à l'appui de ce précepte des observations qui ne laissent aucun doute sur l'utilité d'une semblable conduite; voici de quelle manière on doit procéder : on détache le placenta du côté du col où il est le moins adhérent, c'est-à-dire où son disque se rapproche le plus de l'orifice; la main, parvenue jusqu'aux membranes, les déchire, pénètre dans leur cavité pour aller saisir les pieds de l'enfant et l'extraire comme il a été dit. Quelques praticiens préfèrent percer le placenta dans son centre, et passer la main à travers pour faire la version de l'enfant. Ce procédé, d'une exécution plus difficile, a des inconvéniens; on ne doit y avoir recours que quand le décollement du

placenta sur l'un de ses bords est tout à fait impossible. Si l'on était appelé lorsque la tête se trouve engagée dans l'excavation du bassin et coiffée pour ainsi dire par le placenta, il vaudrait mieux appliquer le forceps que d'opérer la version de l'enfant, qui toujours alors présente des difficultés.

3°. *Hémorrhagie due à la rupture plus ou moins complète du cordon ombilical.* Son peu de longueur, son entortillement autour de l'enfant, sa ténuité extrême, l'altération des parties qui le constituent, telles sont les causes de cette hémorrhagie. Le diagnostic est ici fort obscur; je ne connais même pas d'exemples où cette espèce d'hémorrhagie ait été reconnue avant l'ouverture des membranes ; mais, lorsque celle-ci s'est opérée, l'eau sanguinolente et les caillots plus ou moins abondans qui s'échappent aussitôt par la vulve ne tardent point à dissiper les doutes que l'on pouvait avoir sur la véritable cause. Quoi qu'il en soit, nous devons dire que quelques auteurs ont indiqué des signes pour faire reconnaître cette hémorrhagie avant même la rupture de la poche des eaux, et qu'ils ont regardé comme son caractère distinctif l'absence de ce sentiment de pesanteur, de cette douleur sourde, que nous avons dit accompagner le décollement d'une portion du placenta, quand, d'ailleurs, tous les autres signes des pertes internes existent.

L'accident dont nous parlons est toujours grave ; il met la vie de la mère en danger : mais c'est principalement pour l'enfant qu'il est ordinairement funeste, et cela est facile à concevoir, puisque c'est son propre sang qui constitue la perte. Le traitement consiste à terminer l'accouchement sans délai, les chances de succès étant d'autant plus grandes que l'épanchement est plus récent.

4°. *Hémorrhagie due à la déchirure ou à la rupture de la matrice.* Dans les manœuvres que l'on est obligé de faire pour terminer un accouchement qu'une mauvaise position de l'enfant rendrait ou trop long, ou même impossible par les seules forces de la nature, il peut

arriver que la paroi interne de la matrice ait été blessée, déchirée, et que ses vaisseaux fournissent du sang en assez grande abondance pour faire courir des dangers à la femme. Une partie saillante de l'enfant, qui comprime fortement et depuis long-temps la matrice, peut encore causer son ulcération et produire les mêmes effets. Il convient, dans ces cas, de terminer le plus promptement possible l'accouchement; on facilite ainsi le retour de la matrice sur elle-même, et l'on sait que la cessation de la perte est la conséquence ordinaire du resserrement de cet organe.

Il n'en est pas toujours de même, quand la déchirure a lieu au col de la matrice. Ici, en effet, la terminaison de l'accouchement peut ne servir qu'à rendre la perte plus abondante, loin de la faire cesser. Cet accident, qui s'observe ordinairement chez les femmes enceintes pour la première fois, ou bien lorsque des symptômes alarmans forcent à terminer l'accouchement, la femme n'étant point encore arrivée à son terme, a été regardé par la plupart des auteurs comme ne pouvant jamais déterminer sa mort. Cependant, depuis les observations de *Smellie* et de *Lobstein*, il n'est plus permis de douter qu'une semblable déchirure n'ait amené quelquefois ce résultat fâcheux; voici comment M. *Lobstein* explique ce fait. (Bulletin de la Soc. méd. d'ém., juin 1826.) Selon lui, lorsqu'on dilate brusquement et avec force le col de la matrice pour extraire l'enfant, il peut arriver deux choses très-fâcheuses; savoir, une déchirure des bords de l'orifice, et une paralysie de la partie inférieure de l'utérus. Si malheureusement la déchirure du col de l'utérus a intéressé un gros vaisseau, il s'ensuit une hémorrhagie mortelle que rien ne peut arrêter, attendu que cette région de la matrice, frappée de paralysie, n'est pas susceptible de se contracter, et que les moyens mécaniques dont on se sert sont quelquefois insuffisans.

L'accoucheur serait donc coupable, comme on le voit, de ne pas apporter tous ses soins à une perte qui, quoique légère en apparence, peut néanmoins devenir aussi funeste. Quant au traitement, personne ne conteste ici l'utilité du tampon. Si en effet l'accouchement n'est pas encore terminé, et que l'orifice de l'utérus ne soit pas assez ouvert

pour permettre facilement cette terminaison, le tampon, tout en s'opposant à l'issue du sang, favorisera la dilatation du col. Si, au contraire, cette hémorrhagie ne survient qu'après l'expulsion de l'enfant, je pense encore que ce moyen convenablement appliqué doit suffire, sinon toujours, au moins dans la majorité des cas, pour arrêter l'hémorrhagie; car on conçoit que dans cette circonstance une compression immédiate n'est pas impossible.

Il est un accident plus formidable encore que tous ceux dont nous avons parlé jusqu'ici, qui peut donner lieu à une hémorrhagie si abondante et si rapide que la mort de la femme peut-être subite, et que toujours sa vie est éminemment menacée; je veux parler de la rupture complète de la matrice.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur les causes qui peuvent déterminer un semblable accident..... *De la Motte*, *Levret*, *Piet*, *Deventer*, *Crantz*, et beaucoup d'autres, le faisaient dépendre de mouvemens extraordinaires et comme convulsifs que venait à exécuter l'enfant encore contenu dans la cavité de l'utérus. *Rœderer* et *Baudelocque*, au contraire, combattent cette opinion; ils pensent que, par cette explication, l'on a évidemment confondu l'effet avec la cause, et que, si l'enfant s'est agité au moment de la rupture, ce n'a été que lorsqu'il avait déjà pénétré dans la cavité abdominale: c'est aussi ce qui nous semble le plus probable et le plus admissible. Quoi qu'il en soit, l'action violente et comme convulsive de la matrice, des efforts musculaires inconsidérés ou mal dirigés, paraissent être les causes prochaines de la rupture de cet organe. Remarquons toutefois que cette rupture ne peut s'effectuer sans que la matrice n'y ait été primitivement disposée par d'autres causes éloignées: ainsi, une maladie quelconque de cet organe, une tumeur développée dans l'épaisseur de ses parois et qui en a affaibli le tissu; les duretés, les callosités de son col, son occlusion ou son obliquité trop prononcée; les vices de conformation des os ou des parties molles qui constituent le bassin, une exostose accidentelle, la mauvaise position de l'enfant; enfin les grossesses souvent répétées, des coups, des chutes,

des manœuvres mal dirigées, telles sont les causes qui peuvent prédisposer à la rupture de la matrice.

Cet organe peut se rompre dans tous les points de sa surface; cependant on remarque que c'est le plus souvent vers ses côtés, son fond ou son col que cette rupture a lieu. Quelquefois on a vu que l'endroit de ce viscère qui offrait le plus d'épaisseur était celui qui avait cédé le plus facilement.

Quels sont les signes de la rupture de la matrice? Le plus souvent c'est au plus haut période de la douleur ou d'une contraction utérine, et quand la femme pousse le plus fortement en bas qu'elle s'opère. Au même instant la femme éprouve une douleur fixe et vive, un sentiment de déchirure intérieure qu'elle désigne ordinairement sous le nom de *crampe* et qui lui arrache un cri perçant. Quelquefois les assistans entendent un bruit de déchirement (*Monro, Steidèle, Piet*). A cette douleur aiguë succède un état de bien-être qui pourrait d'abord en imposer : la femme éprouve un sentiment de chaleur douce qui se répand dans l'abdomen; mais bientôt elle pâlit, ses traits s'altèrent, son pouls s'affaiblit, le sang coule par la vulve, la forme du ventre change; enfin de fréquentes syncopes, des vomissemens, des sueurs froides, des convulsions, et souvent la mort, terminent cette scène de douleur.

Si tous ces signes n'avaient pas suffisamment éclairé l'accoucheur sur la nature de l'accident, qu'il pratique le toucher! ce mode d'exploration lèvera tous ses doutes. Lorsque cette rupture arrive avant l'écoulement des eaux, la poche qui renferme ce fluide s'affaisse sur-le-champ, devient flasque; l'orifice utérin se resserre, et la tête ou toute autre partie de l'enfant qui se présentait remonte dans le ventre, si bien qu'on ne les sent plus, à moins qu'elles ne soient déjà fortement engagées dans le détroit inférieur. Tantôt il arrive que le produit de la conception passe en entier dans la cavité abdominale; alors l'utérus se resserre, et son volume devient égal à celui qu'il a pour l'ordinaire après l'accouchement. Le ventre change de forme; la main que l'on y applique dessus distingue les membres de l'enfant

Introduite dans la matrice, la main rencontre quelquefois les intestins qui s'y sont engagés ; enfin, elle reconnaît la déchirure, et peut, dans quelques cas, pénétrer jusque dans la cavité abdominale. D'autres fois, et c'est le plus rare, l'enfant ne pénètre qu'en partie ou même pas du tout dans cette cavité, et l'accouchement peut se terminer par les seules forces de la nature.

Un autre accident qui a les plus grands rapports avec celui qui nous occupe en ce moment, et avec lequel il serait même très-facile de le confondre, puisqu'il est dû aux mêmes causes, et qu'il présente à peu près les mêmes signes, c'est la rupture qui s'opère quelquefois à la partie supérieure du vagin ; mais heureusement ici l'erreur n'aurait pas de grands inconvéniens, car les indications curatives à remplir dans l'un et l'autre cas sont les mêmes.

Quelque difficulté que l'on doive naturellement avoir à admettre que la rupture de la matrice et celle des parois abdominales puissent s'effectuer simultanément, sans qu'aucune cause extérieure capable d'amener un tel résultat ait agi primitivement, l'on s'y verra cependant forcé, si l'on ajoute foi à une observation qui se trouve insérée dans le Journal de méd. chir. et pharm., par *Vandermonde*, et attribuée à *Monro* d'Édimbourg. On y lit, en effet, qu'en avril 1746 une femme des environs de Mackinston, en Écosse, ressentit, à l'époque ordinaire, les douleurs de l'enfantement ; que celles-ci durèrent trois jours, et qu'au bout de ce temps on entendit tout à coup et très-distinctement un bruit particulier : c'étaient la matrice et les parois abdominales en même temps qui venaient de se déchirer. L'enfant et le délivre sortirent par cette ouverture, ce qui n'empêcha pas la femme de guérir parfaitement.

Quoi qu'il en soit de cette observation bien extraordinaire, et du succès dont elle fut suivie, cela ne nous empêchera pas de dire qu'en général le prognostic à porter dans un cas de rupture de matrice est des plus fâcheux ; ordinairement même la mort suit de près ce terrible accident. Quelle sera donc la conduite à tenir dans un cas aussi grave ? Nous l'avons déjà fait pressentir ; il faudra, sans délai, terminer l'ac-

couchement, soit par les voies ordinaires, si cela est possible, soit en pratiquant l'opération de la gastrotomie ; provoquer ensuite le retour de la matrice sur elle-même ; soutenir les parois abdominales par un bandage de corps convenablement serré ; prescrire le repos et le régime antiphlogistique ; enfin, s'il se manifestait des symptômes d'épanchement intérieur, appliquer à ceux-ci le traitement qui leur convient. Plusieurs faits dont on ne peut contester l'authenticité prouvent que l'on a vu quelquefois qu'on peut réussir à extraire, par la voie naturelle et avec assez de facilité, un enfant passé en totalité dans l'abdomen, si la matrice ne se contracte pas : semblable tentative devra donc toujours être faite avant d'en venir aux autres moyens, surtout quand la rupture aura lieu à la partie supérieure du vagin.

3°. *Hémorrhagies utérines après l'accouchement.*

Ordinairement les pertes qui surviennent pendant l'accouchement cessent aussitôt après l'expulsion de l'enfant. Cependant il arrive quelquefois qu'elles persistent ; d'autres fois même elles ne se déclarent qu'après l'accomplissement de cette fonction. L'hémorrhagie qui suit l'accouchement, plus grave que les autres en ce qu'elle résiste plus opiniâtrement aux moyens qu'on lui oppose, peut avoir lieu avant ou après la délivrance. Comme la plupart de celles que nous avons déjà étudiées, elle peut être apparente ou cachée. Lorsqu'elle se manifeste après la délivrance, c'est ordinairement peu de temps après l'expulsion du placenta qu'on la voit survenir ; quelquefois pourtant elle ne paraît que quelques heures et même quelques jours après la délivrance. *Baudelocque* (Art des accouch., p. 433) dit l'avoir vue survenir au dixième jour des couches ; mais la matrice était restée molle au toucher, et n'avait point présenté cette tumeur dure et sphérique que l'on sent au-dessus du pubis lorsque cet organe se contracte bien.

*Causes.* L'hémorrhagie utérine qui survient après l'accouchement peut tenir : 1°. à un état de pléthore générale ou bornée à l'utérus ; 2°. à un état d'inertie de la matrice ; 3°. à la présence d'un second

ou de plusieurs autres enfans; 4°. à la présence d'une portion de placenta ou de tout autre corps étranger dans la matrice; 5°. au renversement de l'utérus; 6°. à la déchirure de ce viscère; 7°. enfin aux passions de l'âme.

1°. *Hémorrhagie due à un état pléthorique.* Cet état de pléthore peut être général ou local, c'est-à-dire borné à l'utérus. La pléthore générale affecte les constitutions vigoureuses. Les causes qui la produisent, sont : une nourriture abondante et excitante, l'abus des spiritueux, une vie active et laborieuse, des exercices violens, etc. Elle se reconnaît aux caractères suivans : la face est animée, les pommettes colorées; les yeux rouges, scintillans; le pouls plein, dur, fréquent; le sang vermeil et très-concrescible. La femme ressent une chaleur générale, du malaise, une pesanteur de tête qui l'accable, des douleurs gravatives dans l'hypogastre et dans les jambes; l'écoulement du sang lui apporte du soulagement. La pléthore locale, au contraire, s'observe chez les femmes délicates, faibles, ou d'une susceptibilité nerveuse extraordinaire. Il semble que, chez elles, l'utérus soit tout; les autres parties de leurs corps sont, pour ainsi dire, anémiques, tandis que cet organe attire à lui tout ce fluide. On a rangé parmi les causes qui déterminent cet état, une chaleur artificielle dirigée vers l'utérus, l'excès dans les plaisirs du mariage, les pédiluves trop chauds ou trop fréquens, surtout l'usage inconsidéré des médicamens dits *emménagogues* ou *aphrodisiaques*. Elle s'annonce par un sentiment de pesanteur dans les lombes; par une ardeur, une démangeaison incommode dans les parties sexuelles; par des engourdissemens dans les aines et dans les cuisses, quelquefois aussi par des picotemens dans les mamelles.

On remédie à la pléthore générale par le régime adoucissant, les boissons tempérantes, la diète, le repos, le calme de l'âme, les évacuations sanguines, particulièrement par la saignée du bras, la situation horizantale, etc. On calme la pléthore locale par l'usage des mêmes moyens, et, de plus, par l'application de sangsues à la vulve, les

bains, les cataplasmes émolliens sur l'hypogastre. Si la perte continue, on a recours aux irritans ou aux révulsifs, tels qu'aux vésicatoires, aux ventouses, aux sinapismes, etc.

Cependant on aurait tort de regarder tout flux de sang après l'accouchement comme une véritable perte, et de le combattre par les moyens que nous venons d'énumérer ; il faut être prévenu que quelquefois les femmes perdent beaucoup de sang après l'accouchement, pour qu'on n'aille pas s'opposer à un dégorgement qui ne peut leur être que salutaire. Aussi, tant que la femme conservera ses forces, que le pouls sera bon, et que l'on sentira au-dessus du pubis ce *globe rassurant* des accoucheurs, on ne devra point regarder cet écoulement sanguin comme une perte réelle.

2°. *Hémorrhagie due à l'inertie de la matrice.* Une cause beaucoup plus fréquente et tout à la fois beaucoup plus dangereuse des hémorragies qui surviennent après l'accouchement, c'est l'atonie ou l'inertie de la matrice. On l'observe chez des femmes délicates ou affaiblies par de longues maladies, par des pertes antérieures à l'accouchement, des affections morales tristes, etc. ; chez celles dont la matrice a été distendue par une grande quantité d'eau, par la présence de plusieurs enfans ou d'un seul, mais très-volumineux. Une délivrance trop prompte ou des douleurs trop prolongées, des efforts superflus, la déplétion subite de la matrice, un état de spasme causé par une émotion morale vive y prédisposent encore. Il est à remarquer qu'une femme, par cela seul qu'elle a déjà éprouvé une fois cet accident, y est plus exposée dans ses couches suivantes ; l'accoucheur, qui en est informé, doit donc redoubler de soins et d'attention afin de le prévenir.

L'inertie de la matrice peut être complète, c'est-à-dire attaquer la totalité de l'utérus ; ou incomplète, et n'en attaquer qu'une partie, comme le col, le corps ou le fond. On doit craindre de la voir survenir à la suite de l'accouchement, toutes les fois qu'au lieu de sentir au-dessus du pubis une boule ferme de la grosseur du poing, on

trouve, au contraire, la matrice volumineuse, flottante dans l'abdomen, et si flasque, qu'il est difficile de la distinguer de la masse des intestins grêles ; qu'en outre, il y a absence de tranchées, et que l'orifice utérin reste béant. Ce dernier signe manque quand l'inertie n'est pas complète, l'orifice pouvant se resserrer, tandis que le reste de l'utérus demeure dans l'inertie.

L'hémorrhagie dépendante de cet état de l'utérus, avons-nous dit, peut être apparente ou cachée ; elle sera apparente, si le col participe à la faiblesse du corps de l'utérus, et s'il n'est bouché par aucun corps étranger ; elle sera interne ou cachée si, au contraire, le col se contracte spasmodiquement pendant que le fond et le corps de cet organe restent plongés dans l'atonie. Dans le premier cas, le sang s'écoule au-dehors, et quelquefois même en telle abondance, qu'en quelques minutes on a vu des femmes perdre trois à quatre livres de sang; c'en est assez, je pense, pour prouver la nécessité d'un secours prompt. Dans le second, l'épanchement sanguin se fait à l'intérieur; mais ici, pour être moins effrayans aux yeux des personnes qui entourent la malade, les signes de ces hémorrhagies internes n'en sont que plus graves pour celui qui sait les apprécier. En effet, la sécurité trompeuse que conservent ordinairement les assistans lorsqu'ils ne voient pas de sang s'écouler hors de la vulve, les empêche de soupçonner la nature de l'accident, et ce n'est souvent que lorsque la femme est déjà épuisée, qu'elle a des syncopes ou des convulsions, qu'on a recours à un homme de l'art. Et qu'on ne croie pas que la femme elle-même qui éprouve cette perte interne doive toujours vous instruire du danger qui la menace ; l'espèce de bien-être qu'elle ressent dans les premiers instans d'un épanchement sanguin intérieur lui en impose tellement sur son état, que ce n'est que lorsque celui-ci est déjà considérable qu'elle s'en aperçoit.

*Traitement.* Puisque c'est l'inertie de la matrice qui cause la perte, l'indication toute naturelle à remplir est de la faire cesser. Pour cela, on a proposé une foule de moyens ; malheureusement sur ce nombre

il n'en est point d'assez efficaces pour qu'on puisse se flatter de réussir dans tous les cas ; mais, avant de les faire connaître, examinons d'abord ceux auxquels on a conseillé de recourir pour prévenir cet accident : la considération des causes qui peuvent y donner lieu nous guidera dans cet examen.

Quand la matrice est très-distendue par une grande quantité d'eaux, on les fait écouler de bonne heure ; l'on obtient ainsi une déplétion plus graduée de cet organe, qui peut-être après leur écoulement se contractera avec plus d'énergie. Si, au contraire, tout porte à croire que l'accouchement sera très-prompt, il convient de le retarder le plus possible. A cet effet, on rompt les membranes ; toutefois il faudrait s'en abstenir, si la dilatation de l'orifice utérin était assez grande pour permettre à la tête de l'enfant de s'engager facilement à travers ; car, dans ce cas, loin de retarder le travail on l'accélérerait. On engage la femme à ne pas faire valoir ses douleurs, et l'on repousse en haut la tête de l'enfant, chaque fois que les contractions de la matrice tendent à la faire descendre. Dans le cas de grossesse composée, s'il n'y a pas urgence d'agir, on attend un peu pour extraire le second enfant, on agace la matrice au-dessus du pubis, et de cette manière on facilite le retour de l'utérus sur lui-même.

Tel est, en quelque sorte, le traitement prophylactique de l'inertie de la matrice : mais, quand cet état existe, quelles sont les indications curatives? Ces indications sont différentes, suivant que la perte survient avant ou après la délivrance.

1°. Si la perte survient avant la délivrance, et qu'elle soit peu considérable, on peut différer quelque temps à extraire le placenta, et se contenter de solliciter l'action de la matrice au moyen de frictions, de compresses froides sur le ventre, ou bien en titillant son orifice avec les doigts, etc. ; car la nature se suffit quelquefois à elle-même, et l'on ne court du moins pas le risque, en se conduisant ainsi, d'opérer le renversement de la matrice.

2°. Si, au contraire, la perte est très-abondante, et que l'on ait tout lieu de craindre pour les jours de la femme, il faut agir sans

délai ; et voici de quelle manière *Baudelocque* prescrit de le faire : quand le cordon est entier et assez fort, on tire dessus avec les précautions ordinaires, tandis qu'un aide sollicite l'action expultrice de la matrice par des frictions faites sur le ventre ; si le placenta résiste à ces efforts combinés, on va le prendre à l'entrée de la matrice en y avançant la main avec précaution : on se conduit de même quand le cordon ne peut servir à cause de sa faiblesse, ou autrement. Lorsque le placenta adhère encore par quelques points de sa surface à la matrice, on introduit la main dans ce viscère, et l'on cherche l'endroit où le placenta s'en trouve détaché. On insinue alors les doigts par-derrière, et l'on achève de détruire le reste de ses adhérences, en agissant comme si l'on voulait séparer deux feuilles de papier unies ensemble. Pendant tout ce temps, l'on a soin d'assujettir la matrice, en appuyant de l'autre main sur le ventre de la femme ; sans cette précaution, on réussirait difficilement, et ce ne serait pas sans quelque risque de blesser la matrice.

*Heister* conseille encore, si l'on ne peut réussir de cette manière, de percer avec le doigt le placenta dans son centre, de promener ensuite ce même doigt par-derrière cette masse pour achever de la détacher de l'utérus. Enfin, tout récemment, M. *Aldini*, au nom de M. le docteur *Mojon*, vient de communiquer à l'Institut I. et R. de Milan un nouveau moyen très-simple d'une exécution sûre et facile, à l'aide duquel on peut faire cette extraction, dans les cas d'hémorrhagie grave après l'accouchement. Ce procédé consiste dans une injection d'eau froide, légèrement acidulée avec du vinaigre, que l'on pousse avec une force modérée dans le placenta par la veine ombilicale du cordon. Il faut avoir soin d'exprimer auparavant, autant qu'on le peut, tout le sang que ce vaisseau peut contenir. Une seconde, une troisième injection devraient être faites, si la première n'avait pas réussi. Je ne sache pas que cette méthode ait été encore répétée en France ; il serait cependant à désirer qu'elle le fût, pour qu'on en pût bien apprécier les avantages et les inconvéniens. Ce qui doit surtout engager à faire ces essais, ce sont les nombreux succès déjà

obtenus par son inventeur et par les autres médecins italiens, qui, à son exemple, ont employé ce moyen. (Archiv. génér. de méd., septembre 1826.)

On ne devrait point tenter d'extraire le délivre, si le col de la matrice était spasmodiquement resserré. Cet obstacle à la délivrance n'étant le plus souvent que momentané, il vaut mieux combattre préalablement l'affection spasmodique de l'utérus par l'opium, et autres moyens que l'art met à notre disposition, que de s'exposer, en délivrant trop promptement, à déchirer cet organe, et à y faire naître une inflammation peut-être mortelle.

La sortie du placenta effectuée, si le retour de la matrice sur elle-même n'a pas lieu, si la perte continue, nous rentrons dans le second cas que nous avons supposé plus haut, c'est-à-dire dans celui où la perte se déclare après la délivrance.

Les moyens que l'on peut opposer à cette espèce de perte sont très-nombreux. Déjà nous avons parlé de plusieurs à l'occasion du traitement des autres hémorrhagies que nous avons étudiées précédemment; c'est pourquoi je ne m'y arrêterai que peu, et me contenterai de les rappeler brièvement. Ainsi le repos du corps, le calme de l'âme la situation de la femme, son exposition à un air pur et frais; les boissons acidulées ou astringentes; les frictions, les compresses trempées dans le vinaigre ou dans l'eau à la glace, sont les premiers moyens auxquels on a recours. Mais, quand la perte est très-abondante, ces moyens peuvent être insuffisans; il faut nécessairement leur en ajouter d'autres; or, voici ce qu'on a conseillé de faire en pareil cas : titiller l'orifice utérin avec quelques doigts; introduire la main dans la matrice et la vider des caillots qu'elle peut contenir; puis, avec la pulpe des doigts, agacer sa surface interne, tandis qu'avec l'autre main, placée sur l'hypogastre, on maintient et on stimule cet organe à l'extérieur. *De la Motte*, qui recommande ce moyen simple et d'une exécution très-facile, en avait souvent obtenu de très-heureux effets. J'ai souvent ouï dire à mon père que, dans le cours de sa longue pratique, il avait presque toujours été assez heureux pour réussir,

à l'aide de ce procédé, à arrêter des pertes qui avaient résisté à tous les autres moyens précédemment mis en usage. Ce que nous avons dit plus haut des révulsifs doit suffire, je pense, pour que nous soyons dispensé d'en parler ici. Quant aux stimulans, c'est surtout pour le cas dont il s'agit, et lorsque la perte a déjà considérablement épuisé la femme, qu'ils ont été préconisés. Les vins les plus généreux, l'eau-de-vie, l'ammoniaque, le laudanum, ont eu des succès évidens, administrés à des doses vraiment énormes. M. *Évrat*, dans un mémoire lu à l'académie, a fait part des bons effets qu'il a retirés de l'expression dans la matrice, d'un citron que l'on y porte dépouillé de son écorce. D'autres médecins avaient employé des éponges imbibées de vinaigre ou d'acide citrique. *Levret* s'est servi avec avantage d'un morceau de glace qu'il introduisait dans l'utérus. *Saxtorph* recommandait les injections dans cet organe avec l'eau vinaigrée ou alcoholisée, avec une dissolution étendue de sulfate d'alumine, etc. *Kok*, de Bruxelles, donne le même conseil, et dit avoir obtenu de nombreux succès à l'aide de ce moyen. D'autres faisaient ces injections astringentes dans le rectum au lieu de les porter dans la matrice. Quant aux injections avec les acides sulfurique et nitrique, l'huile de térébenthine, proposées par *Pasta*, afin de cautériser, comme il le dit, l'extrémité béante des vaisseaux qui fournissent le sang, elles sont généralement rejetées par tous les bons praticiens. Quelquefois on a réussi en faisant mettre la femme sur le carreau, et en l'enveloppant de linges mouillés. *Levret* a encore conseillé le bain froid; *Sigault*, les douches d'eau froide sur le ventre : mais ces derniers moyens sont extrêmes, et l'on ne peut guère y avoir recours que dans les cas désespérés. M. *Rouget* le premier, et plus récemment M. *Vernet*, ont proposé la compression immédiate de la matrice pour arrêter les pertes qui surviennent après l'accouchement. A cet effet, ils conseillent d'introduire dans l'utérus une vessie flasque et ramollie, que l'on insuffle ensuite, ou bien que l'on remplit d'un liquide froid et styptique, après avoir préalablement appliqué un bandage de corps autour de la femme. M. *Gardien* donne la préférence

au dernier de ces procédés. D'accord avec les moyens que l'on a coutume d'opposer aux hémorrhagies qui résultent de la lésion de quelque vaisseau, soit artériel, soit veineux, le mode d'action de celui-ci s'expliquerait aisément, si cette compression immédiate était effectivement possible : or, c'est ce que je ne pense pas. La cavité immense dans laquelle se trouve situé l'utérus, les inégalités plus ou moins profondes que présente la paroi interne de ce viscère après l'accouchement, enfin le défaut de résistance de son tissu, alors plus ou moins engorgé, me semblent être des causes plus que suffisantes pour empêcher qu'une compression exacte puisse être exercée sur les vaisseaux qui fournissent le sang. Et s'il me fallait expliquer le succès obtenu par M. *Rouget*, j'aimerais mieux le faire dépendre de ce que, remplaçant en quelque sorte la poche naturelle des eaux, et touchant l'intérieur de la matrice dans un grand nombre de ses points à la fois, cette vessie aurait pu fournir un point d'appui aux contractions de cet organe, en même temps qu'elle les aurait déterminées par son contact. Au reste, on ne peut rien dire de positif sur un moyen qui n'a encore réussi qu'entre les mains de son inventeur. C'est à l'expérience seule à prononcer sur ce sujet; mais encore faudrait-il pour cela que les faits fussent nombreux.

Le seigle ergoté a encore été proposé dans ces derniers temps comme un moyen très-efficace et sans danger pour arrêter les hémorrhagies qui dépendent de l'inertie de la matrice. MM. *Prescot*, *Bordot*, *Goupil* et *Mackensie* ont même rapporté des exemples des heureux effets obtenus par ce médicament. Cependant ces exemples sont encore assez peu nombreux pour qu'on puisse n'être pas entièrement fixé à cet égard; de nouvelles expériences demanderaient à être faites. Pour mon propre compte, ayant été plusieurs fois à même d'observer l'action vraiment très-remarquable et très-prompte que le seigle ergoté exerce sur la matrice toutes les fois que celle-ci tombe dans l'inertie avant que l'accouchement ne soit terminé, je ne serais pas éloigné de croire qu'on pût également se servir avec avantage de ce médicament lorsqu'il survient une perte utérine.

Enfin *Leroux*, de Dijon, a recommandé comme le moyen le plus simple, le plus efficace, et même comme infaillible pour arrêter l'hémorrhagie qui survient après l'accouchement, le tamponnement du col de l'utérus et du vagin. Quoi qu'il en soit, ce moyen, qu'il a eu souvent occasion d'employer, et qui lui a toujours réussi, partage encore aujourd'hui l'opinion des accoucheurs les plus célèbres. Il est vrai, que l'observation si connue, rapportée par *De la Motte*, est bien de nature à effrayer un jeune praticien sur l'emploi du tampon; c'est aussi sur elle que se sont appuyés tous ceux qui ont combattu son emploi. Certainement, de prime-abord il doit sembler à tout le monde qu'un tel moyen est bien peu rationnel et même inadmissible, si l'on considère l'énorme accumulation de sang qui peut à cette époque se faire à l'intérieur de la matrice. Le caillot de sang de la grosseur d'un pain de quatre à cinq livres, qu'y trouva *De la Motte*, prouve assez combien le tissu de cet organe est alors facile à distendre. Mais si l'on parvenait à prouver, qu'outre les nombreux succès obtenus par *Leroux*, *Alph. Leroy*, *Baudelocque*, etc., outre le grand nombre des accoucheurs qui emploient encore aujourd'hui le tampon et qui s'applaudissent chaque jour des succès qu'ils obtiennent de son usage; si, dis-je, l'on parvenait à prouver que, dans le très-petit nombre d'exemples connus où le tampon ait été funeste, cela a toujours dépendu de ce que son application avait été faite, ou sans méthode et intempestivement, comme dans l'observation rapportée par *De la Motte*; ou bien sans être secondée, comme *Leroux* lui-même, et avec lui tous ceux qui emploient le tampon, ont bien soin de le recommander; sans être secondée, dis-je, par cette compression et par cet agacement de la matrice au-dessus du pubis, devrait-on le rejeter entièrement lorsque les autres remèdes ont échoué et qu'il devient pour la femme le seul espoir de salut? Que nous importe, après tout, de savoir si ce moyen est d'accord avec la théorie admise par certains auteurs, si nous avons des preuves certaines de son efficacité? N'employons-nous pas tous les jours des médicamens dont le mode d'action, quoique difficilement explicable, n'en est pas moins certain? Or,

cette preuve, je la trouve dans le Précis de l'art des accouchemens de M. *Chevreul*, d'Angers. Cet accoucheur distingué a fait voir en effet, page 126 et suiv. de son ouvrage, que si le tampon fut suivi d'un résultat si fâcheux dans l'observation de *De la Motte*, cela tenait aux causes que j'ai indiquées. Mais il ne s'en tient pas là; il apporte à l'appui de ce qu'il avance sa longue expérience, cite une observation qui me paraît concluante pour l'efficacité de l'application méthodique du tampon, et certifie de plus l'avoir employé plusieurs fois dans des cas de pertes foudroyantes après la délivrance, et toujours avec succès.

Quand des accoucheurs aussi exercés et aussi dignes de foi nous donnent une telle assurance par les observations qu'ils rapportent, nous conviendrait-il bien de rejeter exclusivement un moyen qui entre leurs mains a été si utile? Sans doute on fera bien d'essayer les autres moyens avant d'en venir à celui dont nous nous occupons maintenant; on le devra même : mais lorsqu'ils seront insuffisans, que la femme est menacée d'une mort prochaine, n'hésitez pas, profitez d'une dernière ressource qui vous est offerte, appliquez le tampon; plusieurs fois il a pu rappeler à la vie des femmes déjà sur le bord de la tombe.

L'hémorrhagie arrêtée, la matrice revenue sur elle-même, on se tromperait gravement si l'on croyait la femme hors de tout danger. Il est si fréquent de voir l'utérus, après s'être contracté pendant quelque temps, redevenir mou et flasque comme il l'était naguères, puis se contracter, se relâcher de nouveau, et flotter ainsi pendant des heures entières entre ces deux états opposés de contraction et de relâchement, qu'il est du devoir de l'accoucheur de ne jamais s'éloigner de la femme avant d'être entièrement rassuré sur la perte. Dans la vue de maintenir la matrice dans un état d'excitation nécessaire, on fera exercer quelques frictions sur l'hypogastre; *Alphonse Leroy* conseille de verser préliminairement quelques cuillerées d'eau-de-vie sur cette région : enfin on empêchera la femme de se livrer de suite au sommeil, cet état pouvant favoriser le retour de l'hémorrhagie par le relâchement général des organes qu'il amène à sa suite. Aussitôt

qu'on s'est rendu maître du sang, le régime fortifiant et tonique est indiqué. La femme qui a éprouvé une hémorrhagie considérable a besoin de réparer les forces que l'écoulement sanguin lui a fait perdre. C'est pour remplir plus promptement cette indication, et faire cesser plus vite cet état d'épuisement si voisin de la mort, qu'entraînent quelquefois après elles des hémorrhagies utérines excessives, que, dans ces derniers temps, quelques médecins anglais ont essayé la transfusion. Cette opération, si long-temps rejetée comme dangereuse, lorsqu'à la vérité on la pratiquait dans un tout autre but que dans celui dont il est ici question, semblerait pourtant, d'après les faits que rapportent ces médecins, devoir être une ressource précieuse, et autoriser à tenter de nouveaux essais. Mais, jusqu'à ce que l'expérience ait prononcé sur les résultats de cette opérations, bornons-nous à citer les faits : cinq observations de transfusion se trouvent rapportées dans le *London medical and physical Journal*, 1825 et 1826. Sur ces cinq observations, quatre seulement, pratiquées par MM. *Blundell*, *Doubleday*, *Waller* et *Bingham* ont été suivies de succès. Dans une cinquième, M. *Boyle* ne fut pas aussi heureux ; la mort a été attribuée à quelques bulles d'air qui auraient été introduites avec le sang.

3°. *Hémorrhagie due à la présence d'un second enfant.* Les placentas, dans le cas de grossesse composée, pouvant être unis ensemble, de manière à ne former en apparence qu'une seule masse, on doit, pour éviter une perte, se garder de jamais délivrer avant l'expulsion du second ou du dernier enfant s'il y en a plus de deux. Si cependant le placenta appartenant au premier enfant venait à se présenter de lui-même à l'entrée du vagin, ce serait une exception à ce précepte général.

La matrice étant toujours très-distendue dans le cas de grossesse composée ; il faut avoir l'attention de ne pas la vider trop promptement, afin de prévenir l'inertie de cet organe. Lorsque l'hémorrhagie est inquiétante, il faut aller à la recherche du deuxième enfant, l'extraire avec les précautions ordinaires, et provoquer ensuite les contrac-

tions utérines par les moyens indiqués ; on facilite la délivrance en tirant doucement sur les deux cordons. Quand les placentas sont arrivés sur l'orifice de la matrice, on ne tire plus que sur un seul, afin qu'ils ne s'engagent pas en même temps et qu'ils se présentent sous leur plus petit diamètre.

4°. *Hémorrhagie due à la présence de tout corps étranger dans la matrice après la sortie de l'enfant.* C'est une chose de la plus haute importance, et dont on ne doit jamais s'abstenir, que de faire un examen scrupuleux de l'arrière-faix, toutes les fois qu'il y a perte ; l'oubli de cette précaution a plus d'une fois déterminé la mort, et c'est même à lui comme nous l'avons dit plus haut, que celle de la femme qui fait le sujet de l'observation rapportée par *De la Motte* doit être attribuée. Lors donc qu'on s'apercevra qu'il manque une portion de ce corps spongieux, la première indication à remplir sera d'introduire la main dans la matrice et d'aller à sa recherche. Mais ce n'est pas toujours chose facile que de distinguer cette portion de placenta du tissu de la matrice elle-même, cependant voici les caractères que les auteurs ont donnés pour la reconnaître. La face interne ou fœtale du placenta est parsemée de vaisseaux vasculaires, la femme ne distingue presque pas la présence des doigts quand ils se dirigent sur ce corps ; cette région de la matrice est plus molle, et présente une épaisseur double et même triple des autres endroits. Sitôt qu'on l'a bien reconnue, on la détache avec les précautions indiquées plus haut, et en se gardant bien de blesser avec les doigts ou les ongles la paroi interne de la matrice ; si l'on ne pouvait parvenir à détacher cette portion de placenta on tâcherait d'arrêter la perte par les moyens hémostatiques indiqués, sans jamais recourir au tampon, qui dans ce cas n'est pas applicable. On prescrit des injections émollientes d'abord, puis animées de vinaigre ou d'un autre liquide antiseptique, tels que la décoction de quinquina, une solution très-étendue de chlorure de chaux, etc., pour combattre les symptômes adynamiques que la présence de ces corps en putréfaction peuvent développer. Un bain a quelquefois produit comme par enchantement la sortie du délivre resté dans la matrice. (*Alph. Leroy.*)

Le diagnostic est beaucoup plus obscur quand la perte tient à la présence de ces espèces de cotylédons séparés, à ces espèces d'îles vasculaires que l'on remarque quelquefois sur les membranes; car alors l'examen du placenta ne fournit aucun indice. *Baudelocque* attribue à cette cause la plupart des hémorrhagies que l'on voit survenir à une époque avancée des couches. On se conduirait de la même manière pour un caillot, une portion de membrane ou tout autre corps étranger que pour une portion de placenta; l'essentiel est d'en débarrasser la matrice.

5°. *Hémorrhagie due au renversement de l'utérus.* La simple dépression de l'utérus, son renversement incomplet ou complet, sont trois degrés de la même affection qui peuvent déterminer une hémorrhagie inquiétante et même mortelle, si l'art ne vient y remédier. Quelquefois on observe cet accident après la seule expulsion de l'enfant, mais il est beaucoup plus fréquent à la suite de la délivrance; aussi les accoucheurs regardent-ils comme sa cause la plus commune, la mauvaise méthode de délivrer sitôt après l'accouchement. Cependant on a encore mis au nombre des causes qui peuvent produire ce renversement : un accouchement terminé, la femme étant debout ou assise, le défaut de longueur naturel ou accidentel du cordon ombilical, un polype qui a son pédicule fixé sur le fond de l'utérus; les coups, les chutes sur le ventre; l'excessive dimension du bassin; les contractions énergiques du diaphragme et des muscles abdominaux dans les efforts que fait la femme pour aller à la garde-robe ou pour accoucher; un défaut de ressort dans le tissu de l'utérus ou l'inertie, et par conséquent toutes les causes que nous avons indiquées comme susceptibles d'amener cet état. *Baudelocque* a vu le renversement de la matrice n'arriver que plusieurs heures et même plusieurs jours après l'entière expulsion du placenta. M. *Ané* a trouvé ce viscère complètement renversé à la suite d'une perte effrayante qui survint douze jours après la délivrance, mais ce sont des cas très-rares.

Les signes auxquels on reconnaît cette affection se tirent tantôt du toucher, tantôt, au contraire, c'est la vue qui les fournit. Voici quels ils sont : dans le cas de simple dépression, en portant la main sur l'hypogastre, on trouve au lieu d'une tumeur ronde et ferme un enfoncement, une espèce de cul-de-lampe plus ou moins évasé, et dont on peut avec assez de facilité mesurer la profondeur, si cette exploration se fait chez une femme maigre et qui a déjà eu des enfans. Si l'on introduit ensuite le doigt dans l'utérus, on sent ordinairement la partie déprimée qui tend à se rapprocher de l'orifice de cet organe. Lorsque le placenta est encore adhérent à la matrice, et qu'on vient à tirer légèrement sur le cordon, on s'aperçoit, avec l'autre main placée sur l'hypogastre, que cette sorte de cul-de-lampe dont nous venons de parler augmente en capacité, et qu'il reprend sa forme primitive quand on cesse les tractions.

Dans le renversement partiel ou incomplet, l'enfoncement particulier que l'on perçoit au-dessus du pubis est plus sensible, mais seulement dans le principe, car il le devient moins à mesure que le renversement tend à devenir de plus en plus complet On sent dans le vagin une tumeur pyriforme plus ou moins grosse, entourée par un bourrelet plus ou moins épais que forme l'orifice utérin, et autour duquel l'accoucheur peut promener son doigt. On reconnaît que c'est une portion de la matrice à nu, à la sensation d'un corps plus ou moins mou, souple, élastique et sensible au toucher. Cette sensibilité n'existe pas, au contraire, quand on touche une portion du placenta ou un polype, maladie que l'on pourrait quelquefois confondre avec celle dont nous nous occupons maintenant. La différence dans le pédicule de ces deux tumeurs sert encore à éclairer le diagnostic de ces deux affections. Enfin, dans le renversement complet, la main appliquée sur l'hypogastre ne sent plus le fond de la matrice; mais cet organe occupe tout l'intérieur du vagin, proémine hors de la vulve ou pend quelquefois entre les cuisses de la femme : il est alors facile de reconnaître la maladie.

Outre l'hémorrhagie, qui est l'accident le plus grave du renverse-

ment de la matrice, la femme qui en est affectée éprouve des douleurs sourdes dans les reins, dans les aines; des tiraillemens dans la région épigastrique; quelquefois des nausées, des vomissemens, du ténesme : elle fait continuellement de violens efforts comme pour expulser un corps étranger. Quand l'hémorrhagie n'est pas assez abondante pour faire périr la femme, on la voit se suspendre pendant quelque temps, puis reparaître, et quelquefois se continuer ainsi pendant des années.

Le prognostic de cette maladie est toujours très-grave. On conçoit cependant qu'il doit varier suivant que le renversement est plus ancien et plus complet.

*Traitement.* Le moyen de s'opposer à l'hémorrhagie qui résulte du renversement de la matrice, c'est d'en faire la réduction. On y parvient en faisant coucher la femme sur le dos, de telle sorte que les muscles abdominaux se trouvent dans le relâchement, les cuisses à demi-fléchies et écartées, le bassin plus élevé que la poitrine, la tête un peu relevée par un oreiller. Lorsque la matrice n'est que déprimée, et que cet accident survient après la délivrance, il suffit le plus souvent de solliciter la contraction de la matrice par des frictions sur l'hypogastre pour que la réduction s'opère. Ces moyens sont-ils insuffisans; on doit alors, comme pour le cas de renversement plus avancé, repousser avec les doigts ce qui est renversé, introduire la main dans la matrice, replacer cet organe et le soutenir un instant dans cette position, pour qu'il ne se renverse pas de nouveau, et hâter sa contraction.

Le placenta peut être décollé en partie de l'utérus, ou bien il lui est encore adhérent par tous les points de sa surface. S'il est décollé en partie, on conseille d'achever ce décollement avant de réduire; si, au contraire, il adhère par toute sa surface à l'utérus, on replace le tout ensemble, et l'on attend que les contractions de la matrice l'expulsent.

Enfin, dans le cas de renversement complet, la conduite à tenir est

à peu de chose près la même. C'est toujours en procédant comme pour la réduction d'une hernie qu'on doit agir, par conséquent, en faisant rentrer d'abord ce qui est le plus près de l'orifice, ou en d'autres termes, ce qui s'est renversé le dernier. Il n'y a de différence que dans la difficulté de l'opération ; difficulté, pour l'ordinaire, d'autant plus grande que le renversement existe depuis plus long-temps. Le traitement antiphlogistique convient, et est indiqué avant d'essayer cette réduction, lorsque des tentatives antérieures ont déjà produit l'inflammation de l'utérus. La matrice réduite, si elle reste molle, on a recours au traitement de l'inertie de cet organe ; si, au contraire, on craint une métrite ou une péritonite, c'est le traitement antiphlogistique qu'il faut mettre en usage.

6°. *Hémorrhagie par déchirure de la matrice.* Après l'accouchement, comme pendant ce travail, les pertes qui se déclarent peuvent tenir à la déchirure de la matrice ; mais comme elles ne diffèrent en rien les unes des autres, et que j'en ai parlé plus haut, je ne m'y arrêterai pas.

7°. *Hémorrhagie due aux passions de l'âme.* C'est une chose si peu rare de voir des hémorrhagies utérines survenir à la suite d'une émotion morale un peu vive, que tous les auteurs s'accordent pour donner ce précepte important ; qu'il faut soigneusement éloigner de la femme qui vient d'accoucher tout ce qui pourrait agir trop fortement sur elle. Les accès de la colère, aussi-bien que les transports d'une joie immodérée, peuvent causer les mêmes effets : c'est pourquoi il sera bon d'attendre quelques instans avant de montrer à la mère son enfant, avant de lui annoncer son sexe, ou de l'instruire d'un événement fâcheux qui lui serait arrivé, etc. ; en un mot, il faut éviter tout ce qui pourrait, par une cause quelconque, produire une accélération dans le cours du sang.

Quant à ce qui regarde le médecin, dans les cas mêmes les plus graves, son sang-froid ne doit jamais l'abandonner, et l'expression de sa physionomie doit toujours être telle, que la malade n'y puisse ja-

mais deviner le danger qui la menace. Qu'il se rappelle toujours que la sécurité qu'il inspire à la femme sur son état est une des plus puissantes ressources dont il puisse se servir dans le traitement des maladies en général, et des hémorrhagies utérines en particulier.

## HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

### I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

### II.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. *Ibid.*, *aph.* 13.

### III.

In acutis affectionibus rarò, et per initia, purgantibus utendum, idque diligenti priùs adhibità cautione faciendum. *Ibid.*, *aph.* 24.

### IV.

Attenuata longo tempore corpora lentè reficere oportet; quæ verò brevi, celeriter. *Sect.* 2, *aph.* 7.

### V.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile : debilem verò, non facile. *Ibid.*, *aph.* 42.

### VI.

Qui naturâ valdè crassi sunt, magis subitò moriuntur, quàm qui graciles. *Ibid.*, *aph.* 44.

VII.

Frigida, velut nix, glacies, pectori inimica; tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.

VIII.

Ophthalmiâ laborantem alvi profluvio corripi, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 17.